

Direction des bibliothèques

AVIS

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.



Université de Montréal

D'étudiante à infirmière d'urgence: une étude qualitative de l'expérience
d'infirmières nouvellement diplômées ayant participé
à un séminaire de soutien et de formation

Par
Nancy Turner

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences
en sciences infirmières
option formation

Août 2008

© Nancy Turner, 2008

Université de Montréal

Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé:

D'étudiante à infirmière d'urgence: une étude qualitative de l'expérience
d'infirmières nouvellement diplômées ayant participé
à un séminaire de soutien et de formation

présenté par :

Nancy Turner

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Louise Boyer, membre du jury

Sylvie Dubois, présidente-rapporteur

Johanne Goudreau, directrice de recherche

Sommaire

Malgré le niveau de complexité très élevé des soins infirmiers dans les unités d'urgence, des infirmières nouvellement diplômées (IND) y sont maintenant embauchées particulièrement à cause de la pénurie d'infirmières expérimentées. Il s'agit d'une pratique qui ne fait pas l'unanimité au sein de la profession. Toutefois, des résultats de recherche suggèrent qu'un programme de formation continue spécialement conçu à cet effet peut faciliter l'intégration des IND dans différents milieux de soins. Basée sur des études de cas, cette étude qualitative décrit l'expérience de transition d'IND embauchées dans une unité d'urgence et ayant participé à un séminaire de soutien et de formation. Les résultats montrent que les IND ont vécu le séminaire comme un soutien affectif et cognitif, une activité structurante, centrée sur les apprentissages. Selon les participantes, cette activité facilite la période transitoire d'étudiante à infirmière professionnelle et favorise le processus de professionnalisation et l'intégration au milieu du travail.

Titre:

D'étudiante à infirmière d'urgence: une étude qualitative de l'expérience d'infirmières nouvellement diplômées ayant participé à un séminaire de soutien et de formation

Mots-clés :

Infirmières nouvellement diplômées, période transitoire, unité d'urgence,
programme de soutien ou de formation.

Abstract

Nursing workforce is currently challenged by a severe nursing shortage. Nursing managers have therefore decided to hire new nursing graduates (NNGs) in Emergency Room (ER) even if the nursing care are very complex in this environment. All members of the nursing profession do not unanimously support this practice. Though, various authors suggest that a support program in the NNGs' transitional period can facilitate their integration into the workforce. Consequently, this research present a qualitative study that document, with case studies, the transition experience of NNGs who participated in an educational support seminar during their first year of ER practice. The results of this study showed that the participant NNGs experienced both learning and being nurtured through the seminar, easing the transitional period towards integration and professionalization.

Title:

From Student to Emergency Nurse: a Qualitative Study of an Educational Support Seminar.

Key words :

New nursing graduate, transitional period, emergency room, support or continuing education program

Table des matières

Identification du jury	ii
Sommaire	iii
Abstract	iv
Table des matières	v
Liste des tableaux	vii
Liste des figures	viii
Liste des sigles et des abréviations	ix
Remerciements	x
CHAPITRE PREMIER: La problématique	1
But de l'étude	7
Question de recherche	7
CHAPITRE 2 : La recension des écrits	8
Introduction	9
L'expérience des infirmières nouvellement diplômées (IND)	9
Programmes de soutien	13
Cadre conceptuel général	21
Conclusion	24
CHAPITRE 3 : La méthodologie	25
Introduction	26
Stratégie de recherche	26
Milieu de recherche	27
Description du séminaire	27
Échantillonnage	30
Recrutement, gestion et accompagnement des participants	31
Collecte des données	33
Gestion des données	35
Analyse et interprétation des données	36
Critères et procédures de qualité	39
Considérations éthiques	43
CHAPITRE 4 : L'article scientifique	45
Contributions de l'étudiant pour la rédaction de l'article scientifique	46

Article scientifique: From Student to Emergency Nurse : A qualitative Study of an Educational Support Seminar	47
CHAPITRE 5 : La discussion	69
Introduction	70
Présentation sommaire des résultats	70
Discussion	72
1. D'étudiante à infirmière d'urgence	72
1.1 Les difficultés lors de la période de transition	72
1.2 Professionnalisation et rétention	75
2. Aspects pédagogiques	79
3. Le rôle de l'infirmière gestionnaire	81
Limites de l'étude	83
Recommandations	85
Recommandations - responsables de la formation continue des IND	85
Recommandations pour la recherche	86
Recommandations pour la gestion	87
Conclusion	88
Références	91
Appendice A – Tableau Themes and marker events de Schoessler & Waldo	99
Appendice B – Lettre d'information.	100
Appendice C – Formulaire d'information et de consentement	102
Appendice D – Consent form	105
Appendice E – Guide d'entretien	108
Appendice F – Questionnaire socio-démographique	109
Appendice G – Résumé intermédiaire étude de cas D	110
Appendice H – Résumé intermédiaire étude de cas E	112
Appendice I – Résumé intermédiaire étude de cas F	114
Appendice J – Résumé intermédiaire étude de cas G	116
Appendice K – Résumé intermédiaire étude de cas H	118

Liste des tableaux

Tableau A1: Themes and marker events de Schoessler & Waldo, 2006a.....	99.
--	-----

Liste des figures

Figure 2: From novice to competent expert: process model (Schoessler & Waldo, 2006a,b)22

Figure 1 de l'article scientifique et de la discussion:
The process and outcomes pyramids model of an educational support seminar for
new nursing graduates in ER..... 61 et 71

Liste des sigles et des abréviations

Abréviations et sigles du mémoire

IND : Infirmière nouvellement diplômée

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Abréviations de l'article scientifique

ER: Emergency Room

NCE : Nurse Clinician Educator

NNG : New nursing Graduate

NM : Nurse Manager

Remerciements

La réalisation de ce mémoire de maîtrise a impliqué le soutien et le travail de plusieurs personnes. En premier lieu, je tiens à remercier ma directrice de recherche Madame Johanne Goudreau, pour son étonnante flexibilité, pour sa disponibilité, pour sa rétroaction toujours perspicace et pertinente ainsi que pour le temps consacré dans le cadre de ce mémoire. Mais par-dessus tout, je tiens à la remercier pour sa jovialité, son humanisme et son caring.

D'un point de vue professionnel, je tiens également à remercier mon amie, Janet MacDonald, ancienne collègue et infirmière gestionnaire à l'unité d'urgence aujourd'hui professeure en sciences infirmières en Colombie-Britannique. Sans sa vision et sans son audace, la création de ce séminaire n'aurait pas eu lieu. Je veux aussi souligner le soutien de ma directrice Pina LaRicca, directrice associée de la psychiatrie et des urgences du centre universitaire de santé McGill, qui m'a permis d'allonger mon congé de maternité en congé d'études afin que je termine ma maîtrise. Je veux aussi remercier les cinq infirmières participantes à cette recherche d'avoir accepté de contribuer à partager leur expérience si généreusement. Je veux aussi remercier ma collègue de maîtrise, Marie-Ève Leblanc, qui m'a enseigné l'utilisation du logiciel *QDA miner* pour mon analyse qualitative. Sans ce logiciel, le travail aurait été beaucoup plus ardu. Des remerciements s'imposent aussi pour ma collègue Louise Duguay, infirmière clinicienne éducatrice, pour son aide dans la traduction de mon consentement anglais ainsi qu'à mon amie Johanne Soucy aussi infirmière, qui a fait une relecture avec commentaires pertinents de mon article

scientifique. Un grand sentiment de reconnaissance m'anime envers ma cousine Nathalie St-Onge, graphiste, qui m'a secouru pour la réalisation des figures avec *Adobe Illustrator*. Sans elle, le temps consacré à cette étape aurait été beaucoup plus long.

Finalement, d'un point de vue personnel, la réalisation d'une maîtrise avec deux jeunes enfants en bas de cinq ans à la maison, n'aurait pas pu se faire sans le soutien de mon conjoint Manuel et de mes parents. Leur encouragement, leur soutien financier, leur présence avec mes deux filles et leur amour furent incommensurablement les éléments les plus importants pour la réussite de ma maîtrise. Je conclus en offrant un merci tout spécial à mes deux rayons de soleil, mes filles, Emma et Charlotte Luz.

Chapitre premier:

La problématique

Le renouvellement de la main d'œuvre en soins infirmiers sera probablement une des plus grandes préoccupations des prochaines décennies dans le milieu de la santé. Selon l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (2002), le Canada subira une pénurie d'infirmières¹ estimée à 78 000 vers l'an 2011 et à 113 000 vers l'an 2016. Au Québec, le Ministère de la santé et des services sociaux (2006) prévoit une pénurie de 10400 infirmières au 31 mars 2015. Plusieurs éléments expliquent cette pénurie, notamment le vieillissement de la main d'œuvre infirmière et la désaffection des infirmières nouvellement diplômées au cours de leurs premières années de pratique. Ainsi des statistiques québécoises montrent que les infirmières âgées de plus de 50 ans représentaient 16.6% de la main d'œuvre en 1991-1992, tandis que ce pourcentage était estimé à 33.2% en 2004-2005 (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, [OIIQ] 2006.) Associé à la pénurie, le roulement de personnel constitue une autre problématique importante, car le « Health Care Advisory Board » (2001) des États-Unis, l'estime à 20% chez toutes les infirmières tandis que Godinez, Schweiger, Gruver et Ryan (1999) l'évaluent de 35 à 60% chez les nouvelles diplômées au cours de leur première année de pratique. Ce roulement de personnel s'avère coûteux pour les établissements de santé aux États-Unis. Selon Casey, Fink, Krugman et Propst (2004), il se chiffre à 33 841\$US par nouvelle diplômée dans les unités de soins aigus ce qui inclut le coût de l'orientation de l'infirmière et son coût de remplacement.

¹ Afin de faciliter la lecture, le genre féminin sera employé tout au long du texte.

De telles statistiques préoccupent toutes les instances dans les milieux de la santé partout dans le monde et l'embauche d'IND est devenue la stratégie de recrutement principale dans les hôpitaux (Casey et al., 2004); les gestionnaires d'unités d'urgence n'y échappent pas. La pénurie infirmière et le roulement de personnel amènent de plus en plus d'unités d'urgence au Québec à accueillir des infirmières nouvellement diplômées (IND). Or, il est reconnu depuis longtemps que le niveau de développement des compétences des IND est insuffisant en fonction de la pratique d'urgence. Ainsi, un avis de l'OIIQ en 1998, stipulait que toute infirmière devrait posséder au moins deux ans d'expérience en soins de courte durée, préférablement en soins critiques, lors de son embauche à l'unité d'urgence.

De plus, dans les dernières années, le niveau des compétences requis pour la pratique infirmière a considérablement augmenté (Oermann & Garvin, 2002.) Dans le milieu de l'urgence, particulièrement, les infirmières se voient confrontées à la complexité des besoins d'une clientèle vieillissante (Boychuk Duchscher, 2001), à une charge de travail élevée, à une technologie en constante évolution, à une augmentation du nombre d'interventions à haut risque (Greenwood, 2000) et à un rythme rapide (Wolf, 2005). Ces infirmières doivent donc posséder des compétences dans l'évaluation des situations complexes de santé, dans l'organisation et la priorisation des soins (Wolf, 2005) ainsi qu'en résolution de problèmes et en utilisation des résultats probants issus de la recherche (Greenwood, 2000), ceci dans un contexte en mouvance et parfois désorganisé. Michaud (1991) ajoute que l'infirmière d'urgence se doit de s'impliquer émotionnellement avec le patient et sa

famille ce qui ajoute une complexité dans toutes les situations cliniques qu'elles rencontrent.

Par ailleurs, les premiers mois de pratique infirmière évoquent une période de transition dont les difficultés ont été assez bien documentées dans différentes études (Boychuk Duchscher, 2001; Casey et al., 2004; Godinez et al, 1999; Schoessler & Waldo, 2006a,b). Déjà en 1984, Benner affirmait qu'une période de 18 mois à deux ans était nécessaire pour qu'une IND alors débutante avancée devienne compétente. Plus récemment, certains auteurs ont fait des études avec des IND afin d'explorer leur période transitoire (Boychuk Duchscher, 2001; Casey et al., 2004; Oermann et Garvin, 2002; Schoessler & Waldo, 2006a,b). À cet égard, se basant sur leurs travaux de recherche, Schoessler et Waldo (2006a) ont développé un modèle de développement, s'échelonnant sur 18 mois, qui illustre la période de transition que vit l'IND.

Pour faciliter cette transition, on propose des activités de formation continue spécialement adaptées pour les IND. Kelly (1998) suggère notamment qu'un tel accompagnement peut faciliter la période transitoire entre la fin des études et la pratique professionnelle en préparant les IND aux forces sociales qui risquent de les influencer. Les résultats de certaines études confirment que des activités d'accompagnement pédagogiques et différentes formes de mentorat peuvent s'avérer très aidants pour les IND, peu importe leur milieu de pratique (Boychuk Duchscher, 2001; Boychuk Duchscher & Cowin, 2004; Lavoie-Tremblay, Viens, Forcier,

Labrosse, Lafrance, Laliberté et al., 2002; Oermann & Garvin, 2002; Ulrich, 2003) Casey et al. (2004) soulignent que pour permettre aux IND de progresser de novice à compétente, il faut du temps ainsi qu'un accompagnement pouvant prendre différentes formes de la part des établissements de santé et du milieu académique et que sans cet accompagnement, la sécurité des patients n'est pas assurée. Un consensus semble être présent chez tous ces auteurs quant aux effets bénéfiques des programmes de soutien. Oermann et Garvin rappellent que même si l'importance des programmes d'accompagnement et de soutien pour les IND est bien documentée dans la littérature, il s'agit définitivement d'un domaine nécessitant de plus amples travaux.

Divers programmes de soutien émergent en Amérique du nord pour répondre à la problématique du soutien nécessaire aux IND pendant leur première année de pratique, toutes unités de soins confondues. Casey et al. (2004), Schoessler et Waldo (2006 a,b) et Altier et Krsek (2006) parlent de programme de résidence d'un an à deux ans dans divers milieux; Wolf (2005) réfère à un programme de « Fellowship » à l'urgence; tandis que Truman (2004) et Loiseau et al. (2003) expliquent leur programme de soutien de quelques mois à l'unité d'urgence. Schoessler et Waldo (2006a) renchérissent qu'il est important que les IND elles-mêmes comprennent que cette phase transitoire est difficile à vivre et que celles-ci ne doivent pas l'interpréter comme un échec personnel ou le signe qu'elles se sont trompées dans leur orientation professionnelle.

Bien que la littérature offre un vaste survol de l'expérience des IND dans les milieux de soins, très peu d'écrits ont traité l'arrivée de ces dernières dans les milieux de soins aigus (Boychuk Duchscher, 2001.) Il s'agit d'un phénomène récent, inévitable, qui représente un défi de taille pour les leaders du réseau de la santé (Ulrich, 2003) et qui mérite plus d'attention considérant la réalité actuelle de la profession infirmière. L'intégration des IND à l'unité d'urgence doit faire l'objet d'une réflexion sérieuse afin de prévenir le désillusionnement dès la période de transition entre le milieu académique et hospitalier.

En 2001, les gestionnaires d'un établissement de santé du Québec, ont commencé à embaucher des IND pour leur unité d'urgence. Un séminaire de soutien et de formation d'une durée d'une année a alors été mis sur pied afin d'accompagner ces IND au cours de leur période de transition du milieu académique au milieu hospitalier. L'investigatrice de cette étude a contribué à cette innovation organisationnelle et éducative en tant qu'infirmière éducatrice responsable du séminaire au moment de son implantation (2001-2002) et, plus tard (2004-2005). L'investigatrice propose maintenant d'étudier plus en profondeur l'expérience de transition vécue par les IND exposées à ce séminaire. Le modèle de Schoessler et Waldo (2006a,b) servira de guide théorique pour la collecte et l'analyse des données. Les résultats de cette recherche devraient permettre une amélioration du séminaire en mettant en lumière à travers l'expérience des IND, ses forces et ses faiblesses. Des recommandations sur les améliorations possibles seront faites au milieu clinique de l'établissement de santé.

But de l'étude

Le but de cette étude qualitative est de documenter, à l'aide d'études de cas, l'expérience de transition des infirmières nouvellement diplômées (IND) travaillant à l'unité d'urgence et ayant participé au séminaire de soutien et de formation.

Question de recherche

Comment l'IND perçoit-elle sa période de transition entre le milieu académique et le milieu hospitalier en lien avec sa participation au séminaire de soutien et de formation de l'unité d'urgence?

Chapitre deux :

La recension des écrits

Cette section présente une recension des écrits sur les IND et la période de transition qu'elles vivent au cours des premiers mois suivant leur entrée dans le monde du travail, sur les divers programmes de soutien aux IND répertoriés, et se termine par les programmes spécifiques offerts aux IND lorsqu'elles sont embauchées à l'unité d'urgence. Les mots-clés utilisés pour cette recension sont les infirmières nouvellement diplômées, période transitoire, soins critiques ou unité d'urgence, programme de soutien ou de formation ou d'intégration, développement des compétences et socialisation professionnelle. Une première recension fut principalement réalisée de façon électronique avec Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL). Les autres étapes de recension et de lecture furent principalement effectuées à travers les références des articles lus à la première recension et d'autres qui se sont ajoutés par la suite. De plus, quelques rapports de littérature grise furent consultés. Une recherche fut aussi exécutée dans la base de données des mémoires et thèses du catalogue Atrium de l'université de Montréal. Dans ce chapitre, le cadre théorique utilisé est aussi documenté.

L'expérience des IND

La période qui correspond au début de pratique d'une IND a suscité et suscite encore beaucoup de questionnements et de discussions tant dans les milieux académiques que dans les milieux de travail. Tous les auteurs la considèrent comme un moment critique. Dans plusieurs études, les IND décrivent cette période

transitoire comme frustrante, traumatisante (Boychuk Duchscher, 2001; Cowin & Hengsberger-Sims, 2006), vulnérable (Boychuk Duchscher & Cowin, 2004), et stressante (Casey et al, 2004; Kelly, 1998; Oermann & Garvin, 2002). Il s'agit d'expériences qui peuvent affecter la satisfaction au travail et la rétention selon Altier et Krsek (2006). Cette période a d'abord été décrite par Marlene Kramer il y a 30 ans; Kramer a appelé cette période *le choc des réalités*, car elle décrit ce qui est vécu par les IND, lorsqu'elles réalisent qu'elles ne sont pas prêtes à affronter une situation pour laquelle elles ont passé plusieurs années à se préparer (cité dans Ulrich, 2003). Boychuk Duchscher et Cowin (2004) confirment que les IND arrivent sur le marché du travail peu préparées face à leur rôle, que le soutien reçu lors de leur orientation est inadéquat et que les attentes des milieux de soins sont disproportionnées. Ces auteurs affirment également que la diminution du traumatisme de la période de transition permet de développer des penseurs critiques qui resteront dans la profession. Pour leur part, Cowin et Hengsberger-Sims (2006) affirment que la socialisation professionnelle est un amortisseur potentiel au choc des réalités si elle inclut l'acquisition d'aptitudes et de valeurs ainsi que le développement de compétences et d'identité professionnelle. Les milieux de soins ont donc intérêt à essayer d'atténuer ce choc des réalités pour favoriser le recrutement et la rétention, car toujours selon Cowin et Hengsberger-Sims, ce choc peut être responsable d'une perte de confiance et d'estime de soi chez plusieurs infirmières et risque d'enclencher un processus de réévaluation de carrière. Godinez et al. (1999) ajoutent que la solution pour une meilleure transition de l'IND se situe dans une meilleure collaboration entre le milieu académique et le milieu hospitalier.

Certains auteurs se sont intéressés de façon plus approfondie à cette période de transition. Boychuk Duchscher (2001) présente une étude phénoménologique sur les six premiers mois de pratique de cinq IND (N=5). L'analyse d'entrevues et de journaux de bord montrent qu'au cours des deux premiers mois de leur pratique, les IND vivent un deuil du milieu académique et qu'elles ressentent de la frustration ainsi que de la dépendance envers les collègues plus expérimentées; elles mettent plus d'emphasis sur le faire que sur le savoir et craignent les interactions avec les médecins. Arrivées au troisième mois, elles éprouvent une fatigue émotionnelle, spirituelle et physique et sont à la recherche d'une certaine stabilité et d'acceptation de la part de leurs pairs alors qu'elles commencent à entrevoir leurs soins d'une façon plus holistique. Vers le cinquième mois, une certaine maturité professionnelle commence à apparaître; elles affirment se sentir un peu plus confiantes dans leurs interactions avec les patients ou avec les autres professionnels et elles se sentent capables d'exercer leur jugement clinique dans les diverses situations cliniques. Les IND interrogées (N=35) dans l'étude de Schoessler et Waldo (2006a) portant sur la même période ont parlé de confiance professionnelle vers le dixième mois plutôt que vers le cinquième mois. Suite à son étude, Boychuk Duchscher (2001) recommande qu'une attention particulière soit portée à la première année de pratique notamment par la création de programmes de mentorat.

Pour leur part, Casey et al. (2004) présentent une étude descriptive dans six centres hospitaliers aux États-Unis. À l'origine, 784 questionnaires ont été distribués

et 270 IND (N=270) ont accepté de répondre (34%). Le questionnaire développé, piloté, et révisé par eux a été administré à ces IND à l'embauche, après 3 mois, 6 mois et 12 mois de pratique. Dans cette étude, Casey et al. cherchent à identifier les agents stressants et les défis que vivent les IND dans leur période de transition. Six thèmes sont ressortis lors de cette étude soit le manque de confiance dans les connaissances procédurales et dans leur jugement clinique, les difficultés dans les relations avec les pairs et les précepteurs, l'ambivalence entre le besoin d'indépendance dans leur pratique et la dépendance ressentie envers les pairs, les frustrations vécues face à l'environnement de travail, les difficultés dans l'organisation et la priorisation des soins et finalement la complexité des communications avec les médecins. Les résultats démontrent que les IND nécessitent une période de 12 mois avant de se sentir confortables dans leur nouveau rôle et que la période la plus difficile se situe entre le sixième et le douzième mois. Suite à leurs études, Casey et al. affirment qu'un programme de soutien peut améliorer la socialisation professionnelle de l'IND tout en augmentant son sentiment d'appartenance à l'organisation et sa satisfaction au travail. Ces auteurs concluent en disant que les milieux organisationnels devraient créer des programmes de soutien qui vont au-delà de la période d'orientation afin de générer une imputabilité conjointe entre l'IND et l'institution face à la formation continue et face à la sécurité des soins aux patients.

Programmes de soutien

Boychuk Duchscher (2001), Boychuk Duchscher et Cowin (2004), Chapman (1993), Godinez et al. (1999), Kelly (1998), Oermann et Garvin (2002), Owens et al. (2001), Ulrich (2003) s'entendent donc sur l'importance pour les milieux cliniques d'offrir des programmes de soutien et de formation pour les IND. Godinez et al. (1999) précisent que la transition du statut de diplômée à celui d'infirmière soignante est facilitée par des programmes structurés d'orientation avec un précepteur et aussi par la présence de programmes d'internat. Greenwood (2000) et Oermann et Garvin (2002) renchérissent que lorsque les besoins d'apprentissage des IND sont rencontrés, elles ressentent une plus grande confiance en elles et une plus grande satisfaction au travail. Un autre bénéfice de tels programmes est l'opportunité qu'ils procurent de développer des relations collégiales avec les pairs (Altier et Krsek, 2006; Chapman, 1993; Owens et al., 2001). Finalement, Godinez et al. (1999) affirment que les programmes d'orientation offerts par les établissements de la santé peuvent contribuer à la rétention du personnel et que, par conséquent, leur inexistence peut accentuer le roulement du personnel.

Cependant, malgré le bien-fondé des programmes de soutien, Oermann et Garvin (2002) font une mise en garde sur les attentes des milieux cliniques envers les IND. Ces attentes devraient être plus réalistes notamment face au raisonnement clinique, à la pensée critique, au processus décisionnel et aux habiletés techniques. En fait, lorsque Benner (1984) créa son modèle de développement professionnel, elle

stipula que l'IND devrait pratiquer pendant 18 mois à deux ans pour faire la transition d'une pratique de niveau de débutante avancée à un niveau compétent.

Le développement de programmes de soutien est donc loué par moult auteurs et même par diverses instances nationales et internationales. En effet, le Comité directeur national sur la sécurité des patients du Canada (National Steering Committee on Patient Safety, 2002) a émis la recommandation de développer et implanter des programmes d'éducation et de développement professionnel pour le personnel infirmier afin d'accroître la sécurité des patients. Sur une même tangente, l'organisme « The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization » des États-Unis (JCAHO) a récemment publié un document qui porte spécifiquement sur la pénurie en soins infirmiers dans lequel on trouve des recommandations visant l'augmentation du soutien financier pour la création de programmes de résidence d'un an post-diplomation en milieu hospitalier pour les IND (cité dans Casey et al., 2004).

D'autres études endossent les programmes de soutien pour des raisons différentes. Ainsi Chapman (1993) affirme que le soutien par les pairs a une corrélation négative avec le stress occupationnel, car plus il y a du soutien dans un milieu, moins il y a de stress. Pour leur part, Oermann et Moffitt-Wolf (1997) présentent les résultats de leurs études qui démontrent un lien significatif positif entre le soutien social et le développement de la confiance professionnelle.

Dans cette optique, quelques programmes ont été évalués ou étudiés pour répondre aux besoins spécifiques d'intégration et de soutien des IND dans leur première année de pratique.

Altier et Krsek (2006) présentent une étude prospective longitudinale se déroulant dans six hôpitaux ayant pour but d'évaluer si la participation à un programme de résidence en soins infirmiers pendant un an a une incidence sur le roulement du personnel. Des 316 IND ayant participé au programme, 111 ont fourni des données complètes pour l'étude. Le programme comprend : (a) une orientation générale (b) du préceptorat (c) accès à un facilitateur pouvant aider dans les situations cliniques difficiles (d) des formations spécifiques à chaque environnement de travail. Le programme est divisé en deux phases : (a) la première ayant pour but de faciliter la transition d'une pratique de niveau de débutante avancée à un niveau compétent (b) la seconde mettant l'emphasis sur la pensée critique et les soins sécuritaires aux patients. Les résultats de cette étude démontrent un niveau de satisfaction élevé des IND pour huit critères qui ont été évalués sur dix, notamment les récompenses intrinsèques, l'horaire de travail, l'équilibre travail – famille, les relations avec les collègues de travail, les interactions professionnelles et le contrôle sur la pratique. Les résultats démontrent de l'insatisfaction sur le plan de la reconnaissance professionnelle et des opportunités professionnelles. Le taux de rétention pour les IND avec ce programme se situe à 87% à la fin de la première année de pratique et le taux de roulement du personnel à 9.8%.

De leur côté, Schoessler et Waldo (2006a,b) présentent un programme de deux ans basé sur leur modèle développemental descriptif de la transition. Ce programme comprend trois objectifs généraux : (a) l'identification des besoins d'apprentissage des IND (b) le soutien des IND pendant la période transitoire (c) le soutien à l'équipe de leadership pour l'accompagnement des IND. Ce programme nécessite donc une collaboration entre les différents paliers hiérarchiques de l'institution. Les activités du programme sont élaborées à partir de situations cliniques complexes visant : (a) le développement des compétences et du jugement clinique (b) le soutien dans les interactions interdisciplinaires (c) le soutien dans l'organisation et la priorisation des soins. La particularité de ce programme réside dans l'utilisation d'une stratégie éducative innovatrice en formation continue d'infirmières, la communauté narrative. Il s'agit d'une session de une heure à chaque journée de formation au cours de laquelle les IND sont invitées à partager des anecdotes de leur pratique quotidienne avec d'autres IND. Ces anecdotes (les événements marquants) sont analysées, explorées et célébrées (pratique réflexive). Les auteures soutiennent que peu d'IND quittent ces séances sans avoir un regard perspicace sur leurs expériences. Selon eux, ces séances permettent l'apprentissage par les pairs et rendent légitimes les sentiments que l'IND peut ressentir car les interactions entre pairs aident à identifier les émotions vécues dans leur pratique professionnelle. De plus, ces séances permettent à l'infirmière formatrice d'évaluer la progression de chaque IND et du groupe ainsi que d'identifier les thèmes récurrents afin de les explorer plus amplement. Une rétroaction de ces séances est faite aux membres de l'équipe de leadership par la suite, afin de s'assurer que chaque membre

soutient adéquatement les IND dans leur début de pratique professionnelle. Le succès de ce programme se mesure au fait que le roulement des IND est passé de 34% en 1998 à 6% en 2003. De plus, le roulement des infirmières de deux à trois ans d'expérience semble avoir aussi diminué selon les auteurs, sans être précisé de façon détaillée.

Owens et al. (2001) évaluent un programme d'internat pour les IND dans leur réseau hospitalier composé de cinq centres (N = 94). Ce programme d'une durée de huit semaines, constitué de contenus didactiques et appuyé de préceptorat vise essentiellement l'attraction et la rétention des IND dans ces institutions. Les formations didactiques sont en lien avec les problématiques de santé des patients avec une emphase sur les populations à risque, les problèmes de santé les plus fréquents et sur des informations pratiques pour le fonctionnement dans leur travail quotidien. Les jeux de rôle, les discussions en petit et grand groupe, les présentations, les vidéos, les modules d'apprentissage, les démonstrations procédurales, les évaluations cognitives représentent les diverses stratégies d'enseignement utilisées. Owens et al. précisent que la plupart des unités spécialisées de ces centres hospitaliers ont prolongé la durée du programme. Ces auteurs évaluent le succès du programme en mesurant le taux de rétention des IND participantes à deux temps précis soit juillet et septembre 1998; 74% des IND (n=55) sont demeurés employés dans leur unité d'embauche tandis que 14% (n=11) ont continué à travailler à l'intérieur du réseau des cinq centres. Les auteurs ajoutent que 12% (n=9) ont quitté le système de la santé. Owens et al. calculent ainsi un taux de

réention de 88% des IND embauchées par rapport au début du programme et considèrent ce taux satisfaisant par rapport aux taux de roulement de 35% à 60% documenté par Godinez et al. (1999). De plus leur taux de postes vacants avant le programme était de 7.3% et maintenant il se situe à 6%.

Beecroft, Kunzman et Krozek (2001) présentent leur étude évaluative d'un programme d'internat de six mois pour des IND (N=68) pratiquant aux soins intensifs pédiatriques. Sur ces 68 IND, 50 (n=50) ont terminé le programme avec succès. Un groupe témoin de 45 infirmières (N=45) n'ayant pas bénéficié du programme d'internat détenant une moyenne d'expérience de travail de 0.8 à 2 ans a participé à l'étude mais seulement 28 d'entre elles (n=28) ont répondu à tous les questionnaires. Le programme comprend les objectifs suivants: (a) faciliter la période transitoire des IND (b) les aider à progresser vers un niveau de pratique compétente et sécuritaire (c) améliorer la réention des IND. Différents questionnaires ont été administrés au cours de l'année sur leur engagement envers l'organisation, sur leurs compétences, sur leur autonomie, et sur leur conception de leur rôle en tant que professionnelle. Les résultats obtenus sur une durée d'un an démontrent que les IND du programme d'internat possédant huit mois d'expérience étaient comparables ou meilleures que les infirmières du groupe témoin sur le plan de leurs compétences, de leur autonomie et de leur confiance professionnelle. De plus, dans cette étude, les auteurs comparent le taux de roulement des IND avant et après l'implantation du programme; avant l'implantation, ce roulement était de 37% sur une période d'une année alors qu'après l'implantation du programme d'internat,

il s'est situé à 14%. Elles concluent en suggérant qu'un programme d'internat devrait être automatiquement offert à toutes les IND dans le début de leur pratique professionnelle.

Les études sur les programmes de soutien aux IND dans le milieu de l'urgence sont plus rares. Loiseau et al. (2003) présentent leurs études avec 15 IND (N=15) de l'unité d'urgence ayant participé à un programme d'une durée de quatre mois. Le programme vise : (a) la prise de conscience par les IND de leurs propres compétences (b) favoriser la formation continue. Leur programme comprend des formations didactiques telles sur la réanimation cardio-respiratoire, en cardiologie, en évaluation physique ainsi que sur des problématiques de santé rencontrées à l'unité d'urgence. Les réponses des IND à un premier questionnaire montrent qu'après le programme, elles se sentaient plus confiantes dans leur pratique. Les résultats d'un autre questionnaire démontrent que le programme a rencontré leurs besoins d'apprentissage de base. Les auteurs concluent qu'un tel programme peut augmenter la confiance professionnelle des IND et les préparer à fonctionner de façon compétente à l'unité d'urgence.

De son côté, Truman (2004) décrit un programme ciblant les IND à l'unité d'urgence, axé sur la socialisation professionnelle et le développement des compétences utilisant les cadres conceptuels de Bandura et de Benner. Le programme d'une durée de six mois comprend une journée de formation par semaine, débutant avec un partage d'anecdotes de la pratique quotidienne des IND

suivi de formation didactique basé sur les systèmes physiologiques du corps humain (respiratoire, gastro-intestinal, etc.). Il est complété par de l'expérience clinique dans le milieu accompagné d'un précepteur. Selon Truman, ce programme a été bien reçu par les membres du personnel mais aucune évaluation formelle n'a été faite. L'auteur rappelle simplement que ces programmes sont coûteux et doivent recevoir l'aval et l'appui de l'équipe de direction.

En somme, on sait que les IND vivent une période de transition qui peut s'avérer assez difficile et même causer des défections (roulement de personnel et perte nette pour la profession). Par ailleurs, malgré la rareté des études sur les interventions visant à faciliter la période de transition des IND, on peut présumer que des programmes de formation continue peuvent améliorer les taux de rétention. Toutefois, on connaît peu ces programmes, notamment en ce qui concerne les IND qui commencent leur pratique en soins d'urgence, ni de quoi ils sont constitués, ni de leur impact sur la période de transition en tant que telle. Altier et Krsek (2006) et Schoessler et Waldo (2006b) insistent d'ailleurs sur l'importance de réaliser d'autres études évaluant la valeur de ces programmes de soutien lors de la période transitoire entre autres vis-à-vis la satisfaction des IND et leur rétention.

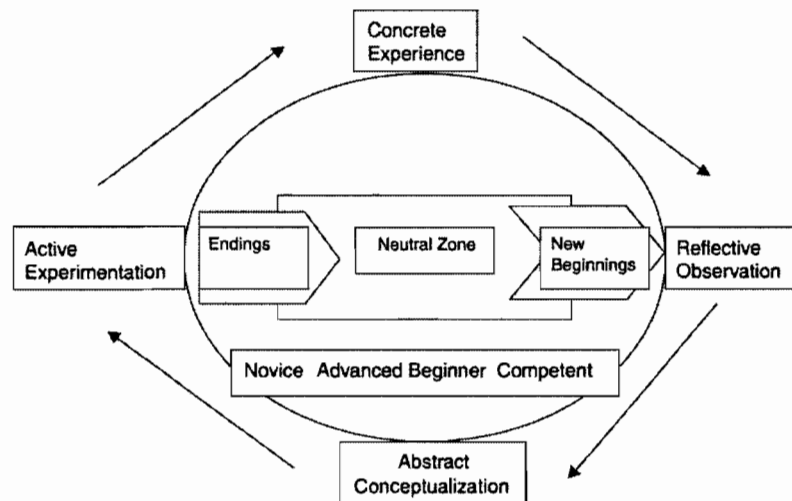
Cadre conceptuel

Le cadre théorique que Schoessler et Waldo (2006a,b) ont développé pour illustrer la période de transition des IND a été choisi pour guider la collecte et l'analyse des données de cette étude qualitative.

Ce modèle de développement de la période de transition développée par Schoessler et Waldo (2006a) s'échelonnant sur 18 mois, fait suite à une première étude réalisée et étoffée par des collectes de données au fil des années. Ce modèle de Schoessler et Waldo s'intitule « From novice to competent expert: process model » (voir figure 2). Pour la création de ce modèle, Schoessler a réalisé comme première étape en 1999, une étude phénoménologique à partir de l'analyse qualitative de discussions avec sept IND (N=7) sous forme de partage d'anecdotes sur la pratique quotidienne. La deuxième étape visait la validation des résultats de la première étude auprès d'autres IND (N=35). Enfin, Schoessler a poursuivi l'enrichissement de ses données pour les assises du modèle (Schoessler & Waldo, 2006a) au fil des années 1998 à 2006 avec plus de 300 IND (N=300). Elle explique être constamment retournée auprès d'IND participantes afin de clarifier et de vérifier son interprétation des données. (M. Schoessler, communication personnelle, 13 septembre, 2007).

Le modèle s'avère soutenant, car il a été développé à partir de trois cadres théoriques : (a) Bridges (b) Kolb (c) Benner.

Figure 2. From novice to competent expert: process model (Schoessler & Waldo, 2006a,b)



Au cœur du modèle, on retrouve les trois phases de transition de l'IND en lien avec la théorie de Bridges créée en 1980 sur la gestion transitionnelle: (a) ending ou achèvement (b) zone neutre (c) new beginning ou nouveau recommencement. La première intitulée *ending*, ou achèvement, réfère aux trois premiers mois de pratique de l'IND et correspond à des sentiments d'anxiété, de colère et d'incrédulité ressentis suite à la perte des amis et du monde scolaire. La deuxième, dénommée la zone *neutre*, se passe du quatrième au neuvième mois et se caractérise par de l'insécurité avec les règles du milieu de la santé, par une gestion du temps difficile, par de la détresse, de la colère et un désenchantement de la profession. La dernière, appelée *new beginning* ou nouveau recommencement coïncide du dixième mois jusqu'au dix-huitième mois et évoque un sentiment de soulagement ressenti par les IND, car elles

réalisent qu'elles sont toujours là. Elles constatent qu'elles peuvent bien prendre soin des patients et se sentent de mieux en mieux face à leur pratique professionnelle.

La deuxième composante du modèle est le cycle d'apprentissage par expérience de Kolb créé en 1984. Ce cycle se décrit comme un processus où il faut s'emparer des informations théoriques et pratiques acquises en les intégrant à l'aide de réflexion et d'expérimentation. Kolb s'identifie dans le paradigme socio-constructivisme.

La troisième composante du modèle est le cadre de novice à expert développé par Benner en 1984 qui donne un portrait de l'évolution de l'infirmière au cours de sa pratique professionnelle. Dans leur modèle, Schoessler et Waldo (2006a) mettent l'emphasis sur les trois premiers stades de développement des compétences de Benner soit novice, débutante avancée et compétente.

En fait, ce modèle fait le lien entre le temps ainsi que les thèmes et événements marquants de la période de transition des IND. De plus, il a été élaboré spécifiquement pour soutenir les infrastructures organisationnelles dans le développement de programmes de soutien pour les IND. Les thèmes du modèle comprennent notamment des notions reliées au patient et sa famille, à l'organisation du travail, aux événements marquants et aux interactions interdisciplinaires (voir appendice A). Les événements marquants sont représentés, par des exemples, tels le premier décès auquel fait face l'IND, la première erreur de médicaments ou le

développement de nouvelles compétences et de nouvelles connaissances procédurales.

Conclusion

L'étude proposée ici semble arriver à point nommé dans un domaine où l'avancement des connaissances relié à la main d'œuvre infirmière, à la période transitoire et particulièrement aux besoins des IND dans des milieux de soins aigus tels l'unité d'urgence semble pertinent, actuel et nécessaire. Elle se distingue par le fait qu'elle permet de poursuivre la réflexion entamée par Schoessler et Waldo. En effet, cette étude pousse la réflexion plus loin en la juxtaposant à la réalité du milieu de l'urgence dans l'intégration d'IND. Elle est différente, car elle propose un devis qualitatif plutôt que quantitatif tel que la majorité des autres études, afin de mettre en lumière l'expérience de transition vécue par ces IND conjointement avec le soutien du séminaire de soutien et de formation à l'unité d'urgence.

Chapitre trois :

La méthodologie

Ce chapitre présente les diverses étapes utilisées pour la réalisation de cette étude qualitative. Il traite de la stratégie de recherche, du milieu de recherche, de l'échantillonnage, du recrutement des participants, de la collecte des données, de la gestion des données, de l'analyse et interprétation des données, des critères et procédures de qualité ainsi que des considérations éthiques.

Stratégie de recherche

Un devis qualitatif basé sur des études de cas permettra de documenter l'expérience vécue par les IND au cours de leur première année de pratique soutenue par le séminaire de soutien et de formation de l'unité d'urgence. Pour Patton (2002), l'évaluation d'un programme doit permettre d'obtenir des informations qui illustrent l'expérience individuelle des participants, dans ses multiples dimensions. Patton (2002) précise que l'évaluation individuelle qualitative est d'autant plus importante que le programme est ouvert et axé sur l'expérience, comme dans le séminaire aux IND dont il est question dans la présente étude. En effet, dans ce type de programme, chaque sujet peut ressortir avec une résultante différente.

L'approche par études de cas vise à recueillir des informations systématiques, compréhensives et profondes sur chaque cas individuel, en essayant de dégager l'unicité de chacun. Ainsi, dans le cadre de cette étude, le témoignage de chaque infirmière sera considéré comme une unité primaire d'analyse et donnera lieu à une

étude de cas (Patton, 2002). Patton explique que disposer en couche individuelle, chaque cas permet de les relier ensemble par la suite alors que le contraire ne peut être fait. Conséquemment, les études de cas seront soumises à une analyse intercas afin de dégager un sens commun de l'expérience des IND participantes.

Milieu de recherche

L'étude a lieu dans un centre hospitalier universitaire de soins tertiaires de la région de Montréal. En réponse à la pénurie infirmière, environ 40 IND ont été intégrées à l'unité d'urgence depuis 2001 et ont participé à un séminaire de soutien et de formation spécifique pour IND.

Description du séminaire

En 2001, un séminaire visant l'encadrement et le soutien des IND à l'unité d'urgence était implanté dans un centre universitaire tertiaire. Réalisant que la période d'orientation habituelle offerte aux infirmières expérimentées ne pourrait être suffisante pour intégrer des IND à l'unité d'urgence, l'infirmière clinicienne éducatrice (l'investigatrice de cette recherche) et l'infirmière gestionnaire ont créé un séminaire conçu spécialement pour les IND; le tout fut fait suite à des lectures, des réflexions et des discussions et en tenant compte des considérations budgétaires et d'horaire de l'unité d'urgence. On opta pour un séminaire de trois heures offert à toutes les trois semaines sur une période d'une année pour un total de 54 heures par année, s'ajoutant à une orientation pour IND définie en trois étapes. La décision

d'offrir le séminaire et l'orientation sur une période d'une année fut prise en prenant en considération l'évolution progressive de l'IND à l'unité d'urgence. En effet, hormis la période d'orientation de trois semaines avec un précepteur (première étape), où l'IND commençait à travailler à l'aire d'observation (section de médecine-chirurgie sans monitoring cardiaque) pour environ six mois, l'IND recevait une autre orientation de deux semaines (deuxième étape) dans les soins ambulatoires au bout de quatre à six mois. Par la suite, l'IND terminait son année d'intégration avec une orientation finale de deux semaines (troisième étape) dans l'aire des soins critiques de l'unité d'urgence. Le séminaire fut donc offert sur une base continue où chaque nouvelle IND s'intégrait au fur à mesure qu'elle débutait à l'unité d'urgence.

Ce séminaire comprend deux volets: une section de communauté narrative ayant lieu la première heure et un volet formation à contenu scientifique pendant les deux autres heures. La communauté narrative animée par l'infirmière éducatrice, visait à soutenir moralement les IND et consistait en un tour de table, où chaque IND partageait à tour de rôle, des anecdotes de leur pratique infirmière quotidienne. Lors de cette heure, l'infirmière gestionnaire qui était aussi présente, offrait une écoute active, contribuait à la résolution de problèmes tout en représentant un modèle de rôle pour les IND. Les deux autres heures à contenu scientifique offraient de la formation continue principalement dirigée par l'infirmière clinicienne éducatrice où diverses méthodes d'apprentissage étaient utilisées notamment des études de cas inspirées des situations cliniques des IND, de la discussion, de la pratique réflexive sur leurs propres situations cliniques, de l'apprentissage par problèmes et des

présentations formelles basées sur des besoins identifiés à des séances précédentes. Une attention particulière était portée aux situations cliniques vécues par une ou plusieurs IND. D'année en année, le contenu du séminaire variait selon les besoins d'apprentissage des IND et selon l'expertise des facilitateurs impliqués. L'infirmière éducatrice était la facilitatrice principale (il y a eu six infirmières éducatrices de 2001 à 2006) pendant que l'infirmière gestionnaire participait principalement à la communauté narrative (il y a eu trois infirmières gestionnaires de 2001 à 2006).

Tenant compte des phases du modèle de développement de la transition de Schoessler et Waldo (2006a), le séminaire de soutien et de formation de l'unité d'urgence couvre la période transitoire de l'IND dans ses débuts de pratique c'est-à-dire du premier mois jusqu'au douzième mois. Le séminaire traverse donc la phase de l'achèvement, la zone neutre et touche au début, à celle du nouveau commencement. À noter qu'une IND peut se situer dans une phase par rapport à certaines compétences et dans une autre phase face à d'autres acquis. De plus, les méthodes d'apprentissage du séminaire s'apparentent beaucoup à ce que prône Kolb car les situations contextuelles réelles sont utilisées pour favoriser la pratique réflexive. Toutes ces méthodes sont associées au courant constructivisme, car elles s'assurent de rendre l'IND active dans ses apprentissages (Barbeau, Montini & Roy, 2004). Outre cela, dans leur modèle, Schoessler et Waldo (2006a) mettent l'emphasis sur les trois premiers stades de développement des compétences de Benner soit novice, débutante avancée et compétente ce qui correspond aux mêmes stades que ceux du séminaire de soutien et de formation de l'unité d'urgence.

Bien qu'en place depuis plus de sept ans, aucune évaluation formelle ou informelle, qualitative ou quantitative n'a été faite de ce séminaire, ni de l'expérience vécue des IND ayant participé à ce séminaire. Une étude qualitative visant à comprendre l'expérience de transition des IND ayant participé à ce séminaire s'impose afin de documenter l'apport d'une telle structure dans le soutien des IND.

Échantillonnage

Un échantillon de convenance et par choix raisonné a été utilisé. Toutes les infirmières qui ont participé au séminaire de soutien et de formation de l'unité d'urgence et qui travaillaient toujours à l'urgence au moment de la collecte des données (N=17) ont été invitées à participer. Cinq IND (n=5) se sont montrées intéressées à participer.

Les IND participantes devaient répondre aux critères d'inclusion suivants: (a) être arrivées à l'urgence en tant qu'IND, (b) avoir participé et complété le séminaire de soutien et de formation entre 2001-2006, (c) avoir complété 18 mois de pratique à l'unité d'urgence, (d) être capable de s'exprimer en langue française et (e) travailler à l'unité d'urgence au moment de l'étude. Le critère de la langue française a été choisi dû à la difficulté contextuelle et financière d'analyser des entrevues dans plus d'une langue. La majorité des IND parlant les deux langues, ce critère ne s'est pas avéré une contrainte majeure. Au départ, un échantillon de sept IND participantes était visé ce qui représentait près de la moitié des IND qui ont participé au séminaire et qui

travaillait toujours à l'unité d'urgence au moment de l'étude. Dans les faits, cinq IND (n=5) se sont montrées intéressées à participer et la saturation des données a été atteinte (Guba et Lincoln, 1989). Les cinq IND qui ont participé à l'étude avait entre 23 et 35 ans et étaient toutes de sexe féminin. Quatre d'entre elles possédaient un diplôme en soins infirmiers du milieu collégial et une d'entre elle détenait un baccalauréat en sciences infirmières. Ces cinq IND avaient participé au séminaire de soutien et de formation entre les années 2002 et 2005. Aucune règle particulière n'existe selon Patton (2002) dans le nombre nécessaire pour un échantillonnage en recherche qualitative. Il ajoute que lorsque la collecte des données se fait à l'aide d'entrevues en profondeur, un petit échantillonnage peut être riche, valable et suffisant. Toutefois, une deuxième invitation a été faite, par l'entremise des IND participantes et de l'infirmière éducatrice en poste présentement dans le milieu de recherche, afin de rencontrer une IND qui pouvait avoir une opinion différente de celle des IND participantes ou afin de recueillir plus d'informations. Selon certaines IND participantes, il y aurait eu une faible minorité d'IND qui aurait exprimé des réserves sur le séminaire. Par contre, aucune IND répondant à ce critère n'a manifesté son intérêt à participer.

Recrutement, gestion et accompagnement des participants

A priori, une rencontre a été faite avec la directrice associée ainsi que l'infirmière gestionnaire de l'unité d'urgence afin de s'assurer de leur collaboration dans cette recherche. Une liste de toutes les infirmières ayant débuté leur carrière en tant qu'IND à l'unité d'urgence a été obtenu par l'entremise de l'infirmière

gestionnaire. Par la suite, une lettre d'invitation à participer à l'étude a été attachée à la fiche de paie de chaque IND travaillant toujours à l'unité d'urgence, avec le concours de l'infirmière gestionnaire. Cette lettre expliquait les spécifications de l'étude, son but, son volontariat et précisait que les IND choisissant d'y participer seraient enregistrées sur bande audio (voir appendice B). Lorsqu'une IND démontrait un intérêt à participer à cette étude, l'investigatrice vérifiait si elle répondait aux critères d'inclusion. Les IND acceptant de prendre part à la recherche avaient également à officialiser leur participation par le biais d'un consentement écrit qui était disponible en français et en anglais tel que demandé par le comité d'éthique de l'institution (voir appendice C et D). Ce document avait été approuvé au préalable par le comité d'éthique du centre hospitalier. Ce consentement éclairé et le guide d'entretien (voir appendice E) a été remis à chaque IND qui semblait intéressée à participer à l'étude lors du recrutement. Le formulaire du consentement a été soumis à nouveau à l'IND participante au début de l'entretien pour une signature.

Les entrevues ont été réalisées à l'endroit et au moment choisi par l'IND participante. L'investigatrice a donné ses coordonnées et celles de sa directrice de recherche aux IND participantes afin qu'elles puissent être rejointes en tout temps. Ceci permettait aux IND participantes de contacter l'investigatrice en cas d'inconfort ou de questions. Patton (2002) rappelle qu'une entrevue est considérée comme une intervention où les deux protagonistes, l'investigateur et le participant, sont interpellés au sujet de leurs pensées, leurs sentiments, leurs expériences et leurs connaissances. Parfois suite à de telles entrevues, le participant peut ressentir des

impacts insoupçonnés auxquels il n'était pas préparé. C'est pourquoi, il s'avère important pour l'investigateur de ne pas juger, de ne pas tomber dans la thérapie émotionnelle et de demeurer focalisé sur l'entrevue afin d'obtenir des données riches et significatives (Patton, 2002). L'investigateur ne doit pas pour autant être insensible à la réalité vécue du sujet. Patton (2002) suggère donc d'offrir une ressource externe aux participants afin de pallier aux possibles inconforts qu'ils peuvent ressentir suite à l'entrevue. Ici, l'investigatrice de cette recherche a remis aux IND participantes à la suite de chaque entrevue, le fascicule du programme d'aide aux employés du centre hospitalier qui est un service de counselling et d'information confidentiel pour les employés et leur famille.

Collecte des données

Dans le cadre de cette étude, la collecte de données s'est faite par le biais d'entretiens en profondeur d'une durée de 90 minutes car ceux-ci permettent d'offrir un moyen de mettre en lumière la description des participants (Patton, 2002). Boutin (1997) ajoute que l'entretien en profondeur est une conversation au cours de laquelle le chercheur encourage l'informant à relater, dans ses propres termes, les expériences reliées au problème de recherche. Les quinze premières minutes ont servi à la présentation de la recherche et de l'entretien ainsi qu'à la signature du consentement. L'entretien a duré une heure au maximum. Les quinze dernières minutes ont servi à remplir le questionnaire socio-démographique ainsi qu'à offrir des remerciements.

Un enregistrement audio a été fait afin de bien annoter par la suite toute l'entrevue réalisée avec les IND participantes. Dans un paradigme constructiviste, l'entrevue est une interaction sociale entre l'investigateur et le participant échangeant sur la construction de l'expérience et sa signification. Les deux protagonistes sont considérés comme des acteurs clés dans la création du « devenir signifiant » (Patton, 2002). La première question d'entrevue était large, non-ciblée afin d'ouvrir la discussion de façon ouverte avec les IND participantes. L'investigatrice se voulait d'être ouverte et flexible afin de permettre l'exploration du phénomène tel que suggéré par Patton (2002) pour les devis qualitatifs. Boutin (1997) rappelle que la question qui ouvre l'entretien doit être choisie avec beaucoup de soin, car elle donne le ton à tout le reste de la rencontre et invite à un échange sur un thème préétabli.

Au cours du premier entretien, l'investigatrice s'inspira du guide d'entretien modulé pour l'occasion (voir appendice E). Les questions ont évolué par la suite, selon le développement du premier entretien. Il y a des thèmes qui sont ressortis systématiquement en questionnant l'expérience de transition des IND participantes mais pas nécessairement dans un ordre linéaire et séquentiel.

Un questionnaire socio-démographique s'enquérant d'informations générales sur le genre, l'âge, le niveau de scolarité, le mois et l'année d'embauche, le mois et l'année de complétude du séminaire, le nombre de mois de pratique lors de l'embauche à l'unité d'urgence, a été réalisé et identifié par le code correspondant (voir appendice F). Les résultats de ces questionnaires ont été aussi mis sous clé dans

la filière de la directrice de recherche à l'université. Ce questionnaire a permis au moment de l'analyse d'identifier si certains groupes d'âge ou niveau de scolarité pouvait avoir influencés la transition des IND participantes.

Un journal de bord a aussi été tenu par l'investigatrice tout au long de la recherche. Des données sur chaque entrevue ont été colligées dans les 24 heures suivant l'entretien notamment sur l'atmosphère, les sentiments ressentis par l'investigatrice et autres données contextuelles qui pouvaient avoir influencer sur la collecte. Dans ce journal, les IND participantes n'ont jamais été nommées; elles ont été identifiées par le code correspondant à leur nom.

Gestion des données

Chaque entrevue réalisée a reçu un code spécifique de façon à l'identifier anonymement. Le code a été associé à la date d'entrevue de façon à ce que l'investigatrice puisse s'y référer pour améliorer l'entrevue subséquente. La première entrevue a reçu le code « D » pour « début » et les autres ont suivi de façon chronologique et alphabétique. Pour s'assurer que les IND participants à l'étude ne pouvaient être identifiées, le code attribué à chaque IND participante a été placé dans une fiche qui a été serrée dans une filière de la directrice de recherche de l'investigatrice. Par la suite, les entrevues ont été utilisées seulement avec la lettre codée et datée et ont été classées par ordre alphabétique du code. Patton (2002) d'ailleurs propose d'organiser les données d'études de cas individuellement pour

dégager le côté holistique de l'entretien ainsi que son contexte. Le journal de bord a aidé à mettre en lumière le contexte. Chaque entretien a été aussi enregistré. Pour s'assurer de la confidentialité de ces entretiens, les données numériques de ces entretiens ont été remises dans l'ordinateur de l'investigatrice avec l'utilisation d'un mot de passe. D'ailleurs, ces données numériques seront détruites à la publication du mémoire.

Analyse et interprétation des données

L'investigatrice s'est inspirée principalement de Patton (2002) pour l'analyse et l'interprétation des données. Patton (2002) rappelle qu'il n'y a pas de directive stricte en analyse qualitative mais plutôt des pistes à explorer. La destination finale est unique pour chaque investigateur.

L'investigatrice a fait deux premières lectures de chaque entretien avant de proposer deux modes de traitement des données. Elle a fait en premier lieu un résumé intermédiaire par cas de chaque entretien réalisé, en omettant les redondances et en organisant les données (Patton, 2002) ceci en gardant à l'esprit la question de recherche. Cet auteur parle de condensation des données et identifie cette étape comme le dossier de cas qui servira à l'analyse. Chaque étude de cas devait constituer une image miroir, descriptive et lisible, de chaque IND participante (voir les appendices G, H, I, J, K).

L'investigatrice a fait une extraction des passages significatifs, des verbatims qui pouvaient aider à la compréhension de la réalité vécue tel que suggéré par Patton (2002). Suite au premier entretien, l'investigatrice a présenté le résumé obtenu à la première IND participante afin de vérifier la plausibilité et la solidité de celui-ci. Patton (2002) ajoute que la révision du résumé avec l'IND participante devient pertinente afin d'obtenir une validation de consensus à l'effet que ce premier niveau d'analyse représente bien sa réalité. La première IND a approuvé que ce résumé reflétait bien l'entretien réalisé.

A priori, une codification libre, référant à de l'analyse inductive, a été prônée après la première entrevue (Patton, 2002). Suite à cette première codification libre, la liste du codage a été révisée pour ajouter d'autres codes possibles en se référant au cadre conceptuel de la recherche tel que suggéré par Patton (2002). À cet effet, le modèle de Schoessler et Waldo (2006 a, b) a inspiré des catégories à l'investigatrice lors de cette analyse déductive (Patton, 2002). Une codification inter-codeur avec la directrice de recherche a ensuite été faite afin de s'assurer de la fidélité du contenu codé (Patton, 2002).

Un codage des passages significatifs a été fait par la suite après chaque entrevue en important les entretiens transcrits et en utilisant un logiciel de traitement de texte. Le logiciel de recherche qualitative *QDA miner* (Provalis research, 2005) a été utilisé. De cette première analyse du contenu a été dégagée les thèmes récurrents de chaque dossier de cas afin de déterminer ce qui était significatif (Patton, 2002).

Suite au premier tour d'analyse, un deuxième tour a été fait afin de vérifier la codification de chaque entretien avec tous les thèmes qui ont été dégagés à la première étape de codage. Par la suite, un troisième tour a été fait avec des points de contrôle pour les interrogations qui subsistaient. Suite à cette analyse, l'investigatrice a vérifié s'il y avait des co-occurrences avec les divers segments codés à l'aide du logiciel *QDA miner* (Provalis research, 2005).

À l'intérieur du journal de bord s'est trouvé aussi des informations sur le codage notamment sur ses difficultés, ses questionnements et les prises de décision. Toutes ces données, codage et journal de bord, ont été mis dans un dossier qui permettait de localiser toutes les informations nécessaires à l'analyse (Patton, 2002). Selon Miles et Huberman (2003), il faut être conscient que la liste de départ du codage risque sûrement d'être modifiée en cours de route, i.e. lors de la collecte des données et au fil des interprétations. Ils avancent d'ailleurs que le plus important n'est pas cette révision de codes mais bien de savoir s'ils possèdent un certain ordre conceptuel en prise directe avec l'étude.

Patton (2002) rappelle que la ligne délimitant la collecte des données de l'analyse des données en recherche qualitative est plutôt fluide et floue. Patton (2002) explique aussi que dans les stades préliminaires de la collecte, les données tendent à émerger tandis que plus la collecte avance, elle offre des possibilités de confirmer ou contredire des données ou des modèles. Cet auteur met en garde contre le danger d'émettre des conclusions prématurées alors que notre collecte n'est pas

terminée. L'investigatrice a donc utilisé deux sources pour l'analyse des données notamment la question de recherche élaborée *a priori* lors de la phase conceptuelle ainsi que l'aperçu des analyses et des interprétations qui ont émergé pendant la collecte des données tel que suggéré par Patton (2002). Le but ultime de l'analyse est de dégager la signification des données afin d'en faire une interprétation.

Les données obtenues suite à l'analyse ont été illustrées par un diagramme pour faciliter la compréhension et essayer de mettre en lumière l'expérience de transition des IND suite à leur participation au séminaire de soutien et de formation de l'unité d'urgence (Patton, 2002). Cette façon est considérée comme un bon moyen d'organiser et de présenter des liens qualitatifs (Miles & Huberman, 2003).

Critères et procédures de qualité

Dans le paradigme constructiviste, la subjectivité de la recherche ainsi que celle de l'investigateur est reconnue et n'est pas considérée comme un biais. En fait, ce paradigme implique qu'il existe autant de constructions qu'il y a d'individus (Guba & Lincoln, 1989). Ces constructions ne sont point la vérité absolue mais plutôt la vérité des gens l'ayant construite incluant celle de l'investigateur (Denzin & Lincoln, 1994). Avoir une compréhension profonde de chaque cas étudié est plus importante que de généraliser. L'ouverture et la contribution au dialogue sont gage de qualité (Patton, 2002). Patton (2002) nous proposent d'utiliser les critères de qualité tels que la validité interne, l'objectivité, la validité externe et la rigueur pour

s'assurer de la qualité des conclusions de notre recherche qualitative. Miles et Huberman (2003) décrit ces mêmes critères sous des appellations différentes.

La validité interne

La validité interne (Patton, 2002) aussi appelé la crédibilité (Miles & Huberman, 2003), fait référence au sens des résultats de l'étude, à la valeur de la vérité. La crédibilité des données va dépendre entre autres, ici, de la qualité des études de cas individuels et de la crédibilité de l'investigatrice et fait donc référence à l'authenticité des données (Patton, 2002). Selon ce dernier auteur, le chercheur étant l'instrument en approche qualitative, le fait qu'il soit crédible devient vraiment important. L'investigatrice de cette étude considère posséder une excellente crédibilité dans le milieu choisi car elle y est employée depuis plus de 15 ans. De plus, afin de remplir les critères de crédibilité, l'investigatrice s'est assurée de faire le lien ou le contre-lien avec la théorie de Schoessler et Waldo (2006,a,b) et d'identifier les zones d'incertitude dans sa conclusion. En conclusion sur le critère de la validité interne, Patton (2002) souligne que l'investigateur utilisant l'approche qualitative doit être capable de se situer dans le paradigme socio-constructivisme, de croire à la valeur de cette méthode et de se questionner à savoir quelles données éclaireront sa problématique en tant qu'investigateur. En somme, l'investigatrice de cette étude croit vraiment en cette méthode pour éclairer l'expérience de transition des IND à l'unité d'urgence.

L'objectivité

L'objectivité (Patton, 2002) aussi appelé la confirmabilité (Miles & Huberman, 2003) est définie comme la recherche d'un maximum de neutralité dans le processus de recherche tout en expliquant les limites possibles. Ici, l'investigatrice s'est assurée d'explicitier les méthodes et procédures de l'étude. De plus, l'investigatrice était consciente de la limite qu'elle pouvait avoir face à l'expérience vécue avec le séminaire de soutien et de formation de l'unité d'urgence considérant qu'elle a participé à sa création. Par contre, étant hors de ce milieu de travail depuis les 30 derniers mois pour un deuxième congé parental et d'études, soit de mai 2005 à ce jour, elle considère avoir pris beaucoup de recul face à son rôle, son travail et au séminaire d'autant plus qu'elle n'y assure plus la supervision depuis ce temps. De plus, elle a eu une autre période de 18 mois, soit entre mai 2002 et janvier 2004, où elle était absente du milieu pour un premier congé parental. Elle prévoit retourner au travail en septembre 2008 soit après le dépôt du mémoire. En lien avec l'objectivité, Boutin (1997) avise aussi qu'un piège à éviter pour l'investigatrice est d'établir une relation de type amical, car elle ne convient pas pour la collecte de données. Boutin ajoute que le piège est sournois lorsque l'investigatrice et le participant appartiennent au même corps de métier ou ont des expériences de vie qui sont similaires. C'est pourquoi l'investigatrice a établi des frontières, sans pour autant refuser tout forme d'accueil ou d'échange.

La validité externe

La validité externe (Patton, 2002) aussi appelé la transférabilité (Miles & Huberman, 2003) détermine la mesure avec laquelle les résultats sont généralisables à des contextes comparables à celui étudié. En fait, cette transférabilité est toujours relative et dépend entièrement du degré auquel un autre milieu peut s'identifier à celui de l'étude (Guba et Lincoln, 1989). Afin de faciliter la transférabilité, l'investigatrice a réalisé un questionnaire socio-démographique afin de permettre de décrire l'échantillon utilisé. Elle a choisi un cadre conceptuel examinant la même population dans un contexte différent mais qui lui a permis de le juxtaposer au milieu de l'urgence. Dans les résultats rapportés dans l'article scientifique, elle s'est assurée d'inclure des séquences narratives des IND afin d'illustrer et d'explicitier les résultats de la recherche.

La rigueur

La rigueur (Patton, 2002) ou la fiabilité (Miles & Huberman, 2003) est de s'assurer que le processus de l'étude est cohérent et stable sur la durée, entre les chercheurs et entre les différentes méthodes. Dans cette étude, l'investigatrice a réalisé tous les entretiens et a fait le premier codage seule. C'est pourquoi, l'investigatrice a fait une codification inter-codeur avec sa directrice de recherche, exempte de biais, afin de vérifier la fidélité du contenu codé. Elle a décrit aussi dans

le consentement de façon claire et détaillée son rôle en tant qu'investigatrice mais aussi celui qu'elle détient dans le milieu hospitalier.

Considérations éthiques

Les recherches qualitatives doivent porter attention aux effets que leurs études peuvent avoir sur les sujets. Le fait que ce genre de recherche utilise des entretiens en profondeur et explore le monde réel dans lequel vit le sujet, peut créer une plus grande réaction émotionnelle chez celui-ci qu'une approche quantitative. C'est pourquoi *a priori*, il est important d'avoir un consentement éclairé bien détaillé.

Dans le consentement éclairé que l'IND participante a reçu dans le cadre de cette étude, il y avait des informations sur le but de la recherche proposée et son processus, sur l'utilisation des données obtenues suite à la complétude de l'étude, sur l'évaluation des risques encourus en cas de participation ou de non-participation, sur les bénéfices possibles et encourus, sur la confidentialité, sur la propriété intellectuelle et l'accessibilité aux données ainsi que sur le soutien éthique en cas de besoin (Patton, 2002). Dans ce consentement, il y était expliqué : (a) que les risques encourus pour l'IND participante étaient presque nuls à moins que l'entrevue provoque des réminiscences douloureuses de cette période ce qui peut justifier l'offre du pamphlet pour l'aide aux employés (b) qu'il n'y avait aucun bénéfice individuel direct pour l'IND participante mis à part l'opportunité de contribuer à la réflexion sur ce sujet mais qu'il pouvait s'ensuivre un bénéfice collectif pour la profession

infirmière ainsi que pour les futures IND à l'unité d'urgence qui bénéficieront d'une bonification possible du séminaire. L'investigatrice a précisé aussi dans la lettre d'information que leur participation n'avait aucune influence sur leur statut d'employé. La période de probation d'un employé dure 30 jours et les IND participantes à cette étude devaient avoir comme critère d'inclusion d'avoir complété 18 mois comme infirmière à l'unité d'urgence. À préciser que l'investigatrice n'était pas dans une position hiérarchique d'autorité envers les IND mais plutôt dans un rôle de soutien éducatif.

Chapitre quatre :
L'article scientifique

Contributions de l'étudiant pour la rédaction de l'article scientifique

L'étudiante, investigatrice de cette recherche, tient à expliquer sa contribution dans l'élaboration de cette recherche et de cet article scientifique.

L'étudiante a réalisé seule la préparation de cette recherche, les entretiens, la transcription, l'analyse des données et l'élaboration du modèle. La directrice de recherche a contribué tout au long de ce travail de recherche, en offrant une rétroaction continue sur son contenu et en participant à certaines étapes comme la codification inter-codeur.

L'article scientifique fut rédigé en anglais par l'étudiante *a priori* pour ensuite être corrigé dans un esprit de précision, de concision et d'amélioration de la langue anglaise par la directrice de recherche. La section de la discussion dans l'article scientifique est un résumé des réflexions des deux auteures.

From Student to Emergency Nurse: A Qualitative Study of an Educational Support Seminar

Abstract

The purpose of this qualitative study is, with case studies, to document the transition experience of new nursing graduates who participated in an educational support seminar during their first year of Emergency Room (ER) practice. Study participants reported that the seminar provided them with learning and nurturing that facilitated their integration into the ER team, influenced their decision to stay in ER and grounded the process of their professionalization. Important considerations regarding education, professionalization and leadership emerged from the results.

The nursing workforce is currently challenged by a nursing shortage, staff turnover and the loss of expertise due to retirement of its aging population (CNA, 2002). Recruitment and retention are consequently critical issues for all clinical areas including the ER, and new nursing graduates (NNG) have therefore been hired there. However, it has been documented that acute-care nurses must demonstrate a high level of competency in health assessment, organization, priority setting (Wolf, 2005), and problem solving (Greenwood, 2000) as nurses in ER are confronted with an aging population (Boychuk Duchscher, 2001), high acuity of care (CHSRF, 2006), constantly changing technology (Greenwood, 2000) and a rapid tempo of work (Wolf, 2005). Given these strains on the system, it is little wonder that Godinez,

Schweiger, Gruver, and Ryan (1999) calculated that nursing turnover ranges from 35% to 60% for NNGs. Moreover, nursing turnover carries high costs, estimated by Casey, Fink, Krugman and Propst, (2004) to be \$33,841 for a new nurse in the acute-care setting, including orientation and replacement costs. This figure does not take into account the impact of a fragile workforce on the quality and security of care. As a Canadian report points out, decisions on nurse staffing—which refers not only to the right number of nurses but also to their appropriate education, skill mix, experience, and leadership qualities (CHSRF, 2006)—clearly make a critical difference to patient care. Cost and patient-safety are thus issues that must both be addressed.

Boychuk Duchscher and Cowin (2004) maintain that NNGs are generally not well enough prepared to assume their role as professional nurses; the expectations of the workplace are inordinately high, and the support they are offered during their orientation period is inadequate. Oermann and Garvin (2002) confirm that expectations of critical thinking, technical skills and decision making ought to be more realistic. Studies documenting the transition from school to workplace have shown that NNGs find the period of entry to the profession stressful (Casey et al., 2004), traumatic (Boychuk Duchscher, 2001) which can affect job satisfaction and retention (Altier and Krsek, 2006). Long ago, before the nursing shortage, Benner (1984) maintained that an NNG needed 18 to 24 months to move from the level of advanced beginner to that of competence. More recently, Casey et al. (2004) insisted that time, supervision and support were necessary to ensure that NNGs progress from

novice status to competence; otherwise, the quality of patient care may be jeopardized.

Various studies have strongly suggested that an educational support program can facilitate NNG integration into the workforce by meeting their learning needs and socializing them into the profession (Boyчук Duchscher and Cowin, 2004; Oermann and Garvin, 2002; Boyчук Duchscher, 2001). Participating in such programs enhances NNGs' self-confidence and job satisfaction (Oermann and Garvin, 2002) and increases nursing retention (Altier and Kresk, 2006; Schoessler and Waldo, 2006a,b; Beecroft, Kunzman and Krozek, 2001).

A number of authors have described educational programs designed to support NNGs. Altier and Krsek (2006) described a one-year program covering patient safety, research-based practice, communication, leadership, and professional development. Program activities aimed to provide general orientation, preceptorship, participation of a resident facilitator to guide discussion of various issues, and a series of lectures specifically related to the clinical settings in which the NNGs worked. The goals were to facilitate a successful transition from advanced beginner to competent nurse, enhance critical thinking and promote patient safety. Schoessler and Waldo (2006a, b) discussed a two-year program based on a transition model drawn from their own research. Program activities comprised (1) preceptorship; (2) classroom activities (case studies of complex clinical situations) and a narrative community that included former NNGs and gave participants the opportunity to

discuss clinical situations they had encountered; and (3) support from the Nurse Manager in the form of the provision of resources, guidance for NNGs and leadership for the program. The researchers suggested, among other things, that such programs should be of one year's duration because the most difficult period during the transition is from the sixth to the twelfth month. They also recommended mentoring programs (Casey et al., 2004; Boychuk Duchscher, 2001; Beecroft et al., 2001). Altier and Krsek (2006) focused on the type of support that would be needed for NNGs to improve job satisfaction and retention. Schoessler and Waldo (2006a,b) dealt with the kind of support that would ease the transitional period for NNGs. None of these studies was conducted in an ER setting.

A paper by Truman (2004) does describe such a program in an ER, but does not formally evaluate it. The six-month program comprised one day per week of classroom activities that began with a debriefing period followed by structured lectures on body systems. NNGs were also closely supervised when in the unit by a preceptor. Loiseau, Kitchen and Edgar (2003) discussed a four-month program for NNGs in ER with structured classes on CPR, cardiology, physical assessment, and topics related to emergency clinical situations. According to the authors, the participating NNGs felt more confident in their emergency practice after completing the program. The study reported in this article will bring to light new data to add to knowledge about these issues, particularly in an acute-care setting such as ER.

Purpose of the study

The purpose of this qualitative study is, with case studies, to document the transition experience of NNGs hired in an ER who participated in an educational support seminar during their first year of work. The underlying objective of the study is to make the NNGs' integration experience easier through possible improvements to the seminar.

The seminar

A one-year seminar designed specifically for NNGs in the ER of a tertiary-care university hospital was implemented in 2001 when it was decided to hire NNGs in the unit. The Nurse Manager (NM) and the Nurse Clinician Educator (NCE) realized that the regular orientation period would not be sufficient to safely integrate the NNGs. In addition to the regular orientation supervised by a preceptor, they therefore decided to create a special three-hour seminar to be held every three weeks for one year to support the integration of the new nurses. The NM and NCE designed the seminar primarily on the basis of their own reflections, readings and discussions as well as of such feasibility considerations as scheduling and finance. A three-stage format was decided upon, beginning in the observation area, where NNGs got three weeks of orientation upon hiring. After six months the program moved to the ambulatory area, where NNGs got two more weeks of orientation. It ended in the critical-care area after six more months of experience with two final weeks of orientation. The seminar ran continuously, each new NNG joining as she arrived. Every seminar was made up of two main parts: a one-hour narrative-community

period and a two-hour scientific-content period. From year to year, changes were made in each part based on both the facilitators' growing expertise and the participants' needs. The NCE was the main facilitator (six different NCEs from 2001-2006). The NM participated only during the narrative community, acting essentially as a respectful listener, role model and problem solver (three different NMs from 2001-2006). In the narrative-community period, NNGs were invited to describe and voice their thoughts and feelings about events they had experienced during their working hours. The scientific-content component comprised teaching-learning activities: mainly case studies and reflective practice that drew on the participants' own experiences; structured case studies taken, depending on participant needs, from a bank of cases compiled over time by the NCEs; and occasional formal presentations. The seminar was tailored to the participants' current needs; there was no mandatory content.

Theoretical framework

The study was guided by Schoessler and Waldo's transition framework (2006a), particularly with regard to data collection and analysis. The framework, based on three theoretical models—Benner's Novice to Expert skill-acquisition model, Bridges' Transition Management and Kolb's Experiential Learning Cycle—describes an 18-month transition process in which NNGs face four challenging issues as they evolve over three phases: patient and family care, organization, team interactions, and marker events. The model was chosen because it was specifically

conceived to guide design of an organizational infrastructure to support NNG development.

Methods

A qualitative case-study design based on individual interviews was used to document the experience of NNGs who participated in the seminar because it seemed important to look at the process and impact of the seminar from the perspective of the individual. After analyzing each participant's experience, the nurse researcher linked them together to examine the nurses' common experience (Patton, 2002).

Using purposive sampling, a letter of invitation was sent to all 17 nurses who had participated in the seminar since 2001 and were still working in the unit. The selection criteria were: started in ER as an NNG; participated in the seminar, currently still working in ER. Data from each participant were collected through one 90-minute in-depth interview that was audiotaped. All the participants agreed to the interview to discuss their integration experience as an NNG who took part in the educational support seminar. The nurse researcher constructed open questions to elicit the participant's experience in the seminar as well as issues involving their integration into the ER. The initial question was "What do you remember about the period just after school when you started as an NNG in ER?" More specific questions were drafted to be used as necessary depending on a participant's responses; for example, "What did the seminar mean to you in your first year of practice?" Other questions inspired by the Schoessler and Waldo framework were also asked: for

instance, “Can you describe a marker event that you went through that first year?” All interviews were conducted by the nurse researcher. Validation sessions were held with the director twice during data collection, and questions were refined.

All audiotaped data were transcribed. Each interview was summarized in a final case-study narrative to provide a descriptive picture of the experience (Patton, 2002). One participating NNG validated the content of her own case-study narrative. QDA Miner software (Provalis Research, 2005) was used to code the data. The nurse researcher performed a primarily free coding. A second coding was then carried out with categories added from the Schoessler and Waldo transition model (2006 a,b). All interviews were thus completely coded twice. The nurse director did regular checks of the coding during the process and validated two case reports. An inter-case analysis was then performed, and a model was designed. At the end, a co-occurrence analysis was made using QDA Miner software (Provalis Research, 2005).

Approval of the institution’s ethical review board was obtained prior to the beginning of the research. The letter of invitation to potential participants stated clearly that their involvement would have no impact on their employment status. Consent forms were signed by all participants prior to the interview. Participation was voluntary, and no financial compensation was offered.

The small sample size of the study (n=5) might be deemed a limitation, but it allowed the nurse researcher to carry out in-depth interviews. Moreover, it

represented almost one third of the possible population (5/17), and data saturation was obtained. Another potential limitation stems from the nurse researcher's role as the NCE facilitator during the seminar-implementation process (2001–2002) and during an 18-month period in 2004–2005. She thus knew two of the study participants. However, at the time of the study (2008) she had been on extended leave since 2005. Aware that her previous involvement might influence the process and content of the study, the nurse researcher was very careful to maintain her neutrality in the interview process and to remain open to divergent opinions. She also specifically checked on those two particular participants' comfort during the interviews.

Results

Five nurses (n=5) agreed to participate. A questionnaire was used to collect socio-demographic data after the interview. All participants were women aged 23 to 35. Four had a college diploma, and one had a bachelor' degree. All were hired between 2002 and 2005.

Case-study narratives were written up as results of the case-by-case analysis . The cases were given titles to distinguish between one from another, although they had more in common than they had differences and were named as followed: (a) difficult but positive (b) establishing long-term peer support (c) pay it forward (d) an infinite eagerness to learn (e) belonging to a group.

Four themes emerged from the inter-case analysis: Being nurtured, Learning, Retention – Attraction - Integration and Towards Professionalism and is illustrated in a model (Figure 1). The participant NNGs experienced both learning and being nurtured through the seminar easing the transition period towards integration and professionalization. Verbatim analysis of the interviews revealed that the seminar provided both affective and cognitive support and that the former was as important as the latter.

Being nurtured refers to the participating NNGs that describe the affective support they received generally, through the seminar as a support-group activity and specifically, by the NM's, the NCE's and the presence of their peers. As the weeks passed and the seminar went on, the feelings of loneliness the NNGs felt when they entered the ER vanished. As one participant put it:

When the NM or the NCE asked us how we felt about our work, it was important for them to know if we had had a bad experience, how we had gone through it, what coping mechanisms we had used, who we had turned to, what came out of that experience, and you know, we had the feeling someone was interested in us.

Most important were the seminar activities *per se* because they meant the NNGs were important enough to bother spending extra money and human resources on. The assurance of confidentiality made them feel privileged, already part of the

team. The NM's presence was experienced as respectful support, demystifying her role, making it less intimidating, and establishing their relationship on a short- as well as a long-term basis. As one NNG said, "If we did not know how to manage a specific problem, this was the place to discuss it with the NM. Since I did not work on weekdays very often, it was my only opportunity to talk with the NM!" Support provided by peers gave participants the opportunity to create a helpful network back on the unit. Also, the NNGs appreciated the NCE's contribution of facilitating the sharing process and resolving conflicts.

Learning is described by how the seminar facilitated cognitive support. Both the narrative-community and scientific-content components of the seminar gave the NNGs real clinical situations to reflect on and discuss. According to the NNGs, the closer to their reality a clinical situation was and the more it called for their participation as active learners, the better they learned. More specifically, the community-narrative sessions gave them an opportunity to share their experiences and feedback, as more and more significant clinical situations were drawn from all the participants' practice. As for the scientific component, the case-study approach based on real-case scenarios from the NNGs' practice and, at times, on fictitious cases presented by the NCE, supported their acquisition of new knowledge, better utilization of the knowledge they already had and deeper understanding of clinical situations and of the required nursing interventions. For example, a participating NNG said:

I remember that following the case study on sepsis, not long after, I had a patient with oliguria, which is a specific sign that I would not have clued into before. But this time, I thought, hmmm...that patient has tachycardia, oliguria. So that helped me, making the link with the seminar case study and that patient! Then I was able to go talk to the physician. I was a better patient advocate, and I was more confident!

In addition, formal presentations by experts (nurses or other professionals) were planned in accordance with learning needs. One of the NNGs said:

I knew that at the seminar, we would learn something that somebody had experienced. It was not something out of a textbook. It was real. It was what we were experiencing. We knew that it would be useful and that one day we would go through a similar situation! It was always useful!

As a secondary benefit, the formal presentations made it easier for the NNGs to access these resource people back on the unit.

The middle section of the model illustrates the participating NNGs' transition period. All the new nurses describe feeling welcome when they arrived at the ER. In the main, all had a positive orientation period (3-step orientation) and relationship with their preceptor. They found the role modeling by their preceptor and the expert

nurses inspiring and a good way to learn. They also report feeling comfortable enough to report marker events at the seminar. As one said:

I remember a medication error occurred to one of us. We were in shock! But in the seminar we discussed our legal responsibility, what we were supposed to do in such a case. Should we make an incident report? Were we going to lose our license or be punished? When these situations occur, you need to know!

None of the NNGS said she had experienced any discomfort in her interactions with physicians. One NNG reported being shy at the outset, but a healthy relationship developed as time went by. Little mention was made of conflict with colleagues or of any reality shock in the move from school to practice. Still, despite the seminar, during their first year of ER nursing, all participating NNGs experienced difficulties associated with feelings of loneliness, vulnerability, insecurity, lack of knowledge, and insufficient preparation or organization. At times, these feelings were very strong. One participant sighed, “Break time! I felt it was so hard at the beginning. Everybody was telling me I had to go at nine o’clock. But at nine o’clock, my patient’s medication hadn’t even been given!”

The outcomes of the NNGs’ overall experience in the transition period is illustrated in the model. Their narratives suggest that the experience contributed to their professionalization. The most important outcome, all averred, was that they

developed their competencies and became more secure as professionals. As one NNG said, "I learned how to manage situations that my colleagues had already gone through!" The NNGs' developing professionalism is also evidenced by their desire to give back the support they had received in the seminar. As one put it, "It feels good to give back!" Another explained: "And for me it meant that I wanted to do the same thing for all those new nurses coming in because I knew that it worked for me!" Other indicators of the NNGs' growing professionalism also emerged from the data: empowerment in their nursing practice, the practice of clinical leadership and a constant desire to learn. A statement by one new nurse illustrates the point:

I think what helped me as well was that we had the right to have our own opinion, we had the right to verbalize it, and that stays! During the round table of the first hour, we had a chance to express ourselves about what we were thinking. When you start your career like that, you apply it in your daily practice. That stays! And that's important!

The retention, the attraction and the integration complete the model. The NNGs said that just knowing the seminar existed was an incentive to enroll in ER. Furthermore, they maintained, participating in the seminar was a socialization activity that facilitated their integration into the team. As well, meeting with experts during the scientific sessions of the seminar made it easier to access these invaluable resource people at work on the unit. What is more, the feelings of integration contributed to their retention in ER. As one NNG testified, "I think it helps retain

staff, retain NNGs and maintain a sense of belonging, a sense of importance and a sense of wanting to stay!”

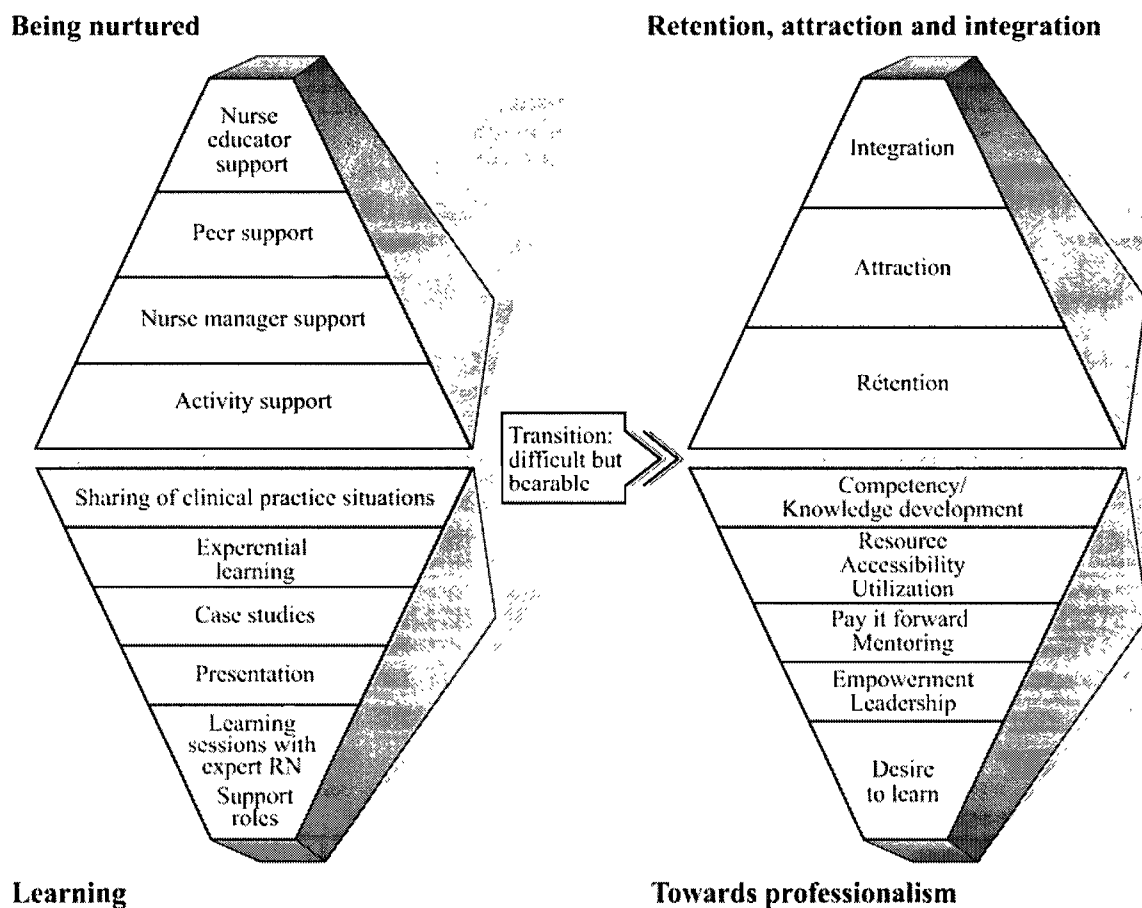


Figure 1. The process and outcomes pyramids model of an educational support seminar for New Nursing Graduates (NNGs) in Emergency Room (ER).

The NNGs commented that the process and content of the seminar encouraged questions, fostered communication, were conducive to learning, and were helpful to clarifying roles. Both the narrative-community and scientific parts of the seminar, they added, were important. They pointed out that the first part called for good group-leadership capabilities on the part of the NCE facilitator to keep the

session from running too long and to keep any deviant behavior under control. They also mentioned particularly how much they appreciated the confidentiality, frequency and sequence of the seminar sessions. Furthermore, they consider preceptorship on the unit very important and that orientation by the preceptor is, together with the seminar, the key to successful integration.

Discussion

The purpose of the study was to document the transition experience of NNGs in an ER who participated in a 3-hour seminar every 3 weeks during their first year of work there. Three main points emerge from the results. The first is related to the transition period for NNGs from school to work and their professional development during that period. The second involves continuing education that addresses NNG transition. The third concerns NM involvement with NNGs in their first year.

First, the results of the study suggest that the participating NNGs' transition was easier than Schoessler and Waldo's framework (2006a) would lead one to expect. Although the new nurses faced the four challenging elements described in the framework, they appear to have been less critical than the framework indicates. Certainly, the process was smoother for the patient/family-care, marker-event and team issues. More particularly, NNGs were collaborating with physicians and other professionals early in their transition year without facing as many problems as Schoessler and Waldo reported. Because of the retrospective nature of the

methodology, the participating NNGs could not fit their description of their experience into a precise time frame. It was consequently impossible to analyse the data in terms of particular stages. Still, quite clearly, by the end of the 12-month seminar, relationships within the ER team were no longer a challenge. As for work organization and priority setting, NNGs linked their progress on this issue more directly with preceptorship and general role modeling on the unit than with the seminar. The seminar thus provided an environment for discussing the elements presented in Schoessler and Waldo's framework and so seems to have eased the transition.

Furthermore, from a professional-development standpoint, the results of this study illustrate the CHSRF position that continuous learning increases nurses' professional autonomy and thus creates a culture of respect (2006). More importantly, the need to "give back" described by the participating NNGs ensures that, in future, nurses will be available to provide the preceptorship and mentorship that NNGs need so much, especially in times of shortage. A number of authors (Beecroft et al., 2001; Funderburk, 2008) maintain that mentoring programs should be supported because they provide a low-cost means of passing on experience from one nurse to another, fostering creative thinking and encouraging mentor and mentee to achieve their personal best. Again from a professional-development perspective, the empowerment of NNGs during the transition period can help develop their leadership capabilities and political skills and, consequently, reinforce their patient-advocacy nursing role and facilitate interdisciplinary practice.

A second consideration emerging from the study is that continuing-education activities that are learning centered and context based rather than content driven foster the development of competencies such as clinical reasoning and intervention as well as professionalism. Continuing education in nursing, especially for NNGs, is generally traditional in nature; it is usually based on lectures organized around such themes as body systems and complex clinical situations and around procedural demonstrations of techniques. To enhance knowledge retention and applicability, up-to-date theory-driven and evidence-based education practices should guide educators towards educational activities that are meaningful to the learners; that is, well grounded in the context in which the knowledge is to be used and transferred (Barbeau, Montini and Roy, 2004). Nurse educators must free themselves from the “content covering” obsession (Dalley, Candela, Benzel-Lindley, 2007) and develop repertoires of learning-centered strategies (Candela, Dalley, Benzel-Lindley, 2006). It is essential that creative programs based on theoretical models and evidence be developed and pedagogically tested.

Finally, the results of the study strongly suggest that NMs have an essential role in educational support programs for NNGs. NMs should not just promote effective educational strategies to retain nurses in their units (Scott, Keehner Engelke and Swanson, 2008) but also be there for NNGs during their first year of practice and show them they care about them and about their integration into the team. As Funderburk (2008) points out, the NM-staff relationship is important for staff

retention. It calls for NMs who have the transformational leadership style that has been associated with nurse satisfaction, staff retention, better quality of care, and patient satisfaction (CHRSF, 2005; Robbins and Davidhizar, 2007).

To sum up, although the transitional period was somewhat difficult for the participating NNGs, this study illustrates that it seems to have been facilitated by learning-centered and context-based activities conducted in a nurturing environment. The study confirms too that, rather than teach an overloaded curriculum, it is important for nurse educators to create a context-based, meaningful and learning-centered environment. In addition, NMs are key people for NNGs: The NM's leadership style affects nurse satisfaction as well as retention and patient satisfaction. NMs should thus adopt a transformational leadership style and actively support NNGs throughout their transition. Considering the cost of nursing turnover and the high rate of NNGs leaving the profession, it is crucial that healthcare organizations and NMs advocate a learning culture that targets NNGs, since it will directly impact nurse satisfaction and retention and indirectly affect patient satisfaction, quality of care, and safety. Researchers should conduct studies that consider competency development as a means of improving healthcare services.

References

- Altier, M.E. & Krsek, C.A. (2006). Effects of a 1-year residency program on job satisfaction and retention of new graduate nurses. *Journal for Nurses in Staff Development*, 22 (2), 70-77.
- Barbeau, D., Montini, A., Roy, C. (2004). *Tracer les chemins de la connaissance*. Montréal: Éditions de l'A.Q.P.C.
- Beecroft, P., Kunzman, L., Krozek, C.(2001). RN Internship: Outcomes of a one-year pilot program. *Journal of Nursing Administration*, 31 (12), 575-582.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing.
- Boychuk Duchscher, J., E. (2001). Out in the real world: Newly graduated nurses in acute-care speak out. *Journal of Nursing Association*, 31 (9), 426-439.
- Boychuk Duchscher, J., E., & Cowin, L., S. (2004). The experience of marginalization in new nursing graduates. *Nursing Outlook*, 52 (6), 289-296.
- Canadian Health Services Research Foundation (2006). *Staffing for safety: A synthesis of the evidence on nurse staffing and patient safety*. Ottawa: Canada.
- Canadian Health Services Research Foundation (2005). *Evaluation of patient safety and nurse staffing*. Retrieved July 29, 2008, from http://www.chsrf.ca/research_themes/pdf/NSPS_researcher_synthesis_e.pdf
- Canadian Nurses Association (2002). *Planning for the future: Nursing human resource projection*, Ottawa: Canada.
- Candela, L., Dalley, K., Benzel-Lindley, J. (2006) A case for learner-centered curricula. *Journal of Nursing Education*, 45(2), 59-66.

Casey, K., Fink, R., Krugman, M., Propst, J. (2004). The graduate nurse experience. *Journal of Nursing Administration*, 34 (6), 303-311.

Dalley, K., Candela, L., Benzel-Lindley, J. (2007). Learning to let go: The challenge of de-crowding the curriculum. *Nurse Education Today*, 28, 62-69.

Funderburk, A.E. (2008). Mentoring: The retention factor in the acute care setting. *Journal for Nurses in Staff Development*, 24(3), E1-E5.

Godinez, G., Schweiger, J., Gruver, J., Ryan, P. (1999). Role transition from graduate to staff nurse: A qualitative analysis. *Journal for Nurses in Staff Development*, 15(3), 97-110.

Greenwood, J. (2000). Critique of the graduate nurse: An international perspective. *Education Today*, 20, 17-23.

Loiseau, D., Kitchen, K., Edgar, L. (2003). A comprehensive ED orientation for new graduates in the emergency department: The 4-year experience of one Canadian teaching hospital. *Journal of Emergency Nursing*, 29(6), 522-527.

Oermann, M., H. & Garvin, M., F. (2002). Stresses and challenges for new graduates in hospitals. *Nurse Education Today*, 22, 225-230.

Oermann, M., H. & Moffitt-Wolf, A. (1997). New graduates' perceptions of clinical practice. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 28, 20-25.

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Thousands Oaks: Sage publications.

Provalis Research (2005). QDA Miner (Version 3.0.4). Montreal, Canada.

Robbins, B. & Davidhizar, R. (2007). Transformational leadership in health care today, *The Health Care Manager*, 26 (3), 234-239.

Schoessler, M. & Waldo, M.(2006a). The first 18 months in practice: A developmental transition model for the newly graduated nurse. *Journal for Nurses in Staff Development*, 22 (2), 47-52.

Schoessler, M. & Waldo, M.(2006b). Organizational infrastructure to support development of newly graduated nurses. *Journal for Nurses in Staff Development*, 22 (6), 286-293.

Scott, E. S., Keehner Engelke, M., Swanson, M. (2008) New graduate nurse transitioning: Necessary or nice? *Applied Nursing Research*, 21, 75-83.

Truman, K. M.(2004). Education enhances R&R in the ED. *Nursing Management*, 35 (7), 45-48.

Wolf, L.(2005). An ED orientation/fellowship: An experiment in process-oriented training and learning to think like an emergency nurse. *Journal of Emergency Nursing*, 31 (3), 298-301.

Special thanks

The nurse researcher would like to offer her special thanks to Janet MacDonald, the ER nurse manager in 2001 who co-created this seminar with her. Janet MacDonald is currently a nursing faculty instructor, BSN program, at the British Columbia Institute of Technology, Canada.

Chapitre cinq:

La discussion

Ce chapitre présente une discussion des résultats obtenus au cours de l'étude. Une première section fait état des principaux résultats qui sont décrits de manière plus détaillée au chapitre précédent, dans l'article scientifique. Puis, la période de transition en lien avec la question de recherche sera discutée à la lumière des résultats obtenus ainsi que les aspects pédagogiques du séminaire et le rôle de l'infirmière gestionnaire. Enfin, des recommandations seront proposées.

Présentation sommaire des résultats

Les résultats de cette étude ont permis d'élaborer le modèle présenté à la figure 1 de la page suivante. L'analyse des données montre que, pour les IND ayant participé à l'étude, le séminaire de soutien et de formation constitue une activité structurante comprenant des activités de soutien affectif et cognitif, centrées sur les apprentissages (pyramides à gauche de la figure), qui facilite la période transitoire (section du milieu) et favorise le processus de professionnalisation et l'intégration dans le milieu (pyramides à droite de la figure). Plus spécifiquement, le seul fait d'une activité spécifique pour les IND, la présence chaleureuse et structurante de la gestionnaire et de l'éducatrice et le soutien entre pairs sont décrits comme le soutien affectif, alors que le partage des situations cliniques, les études de cas basées sur des situations réelles et les présentations de collègues plus expérimentées constituent le soutien cognitif.

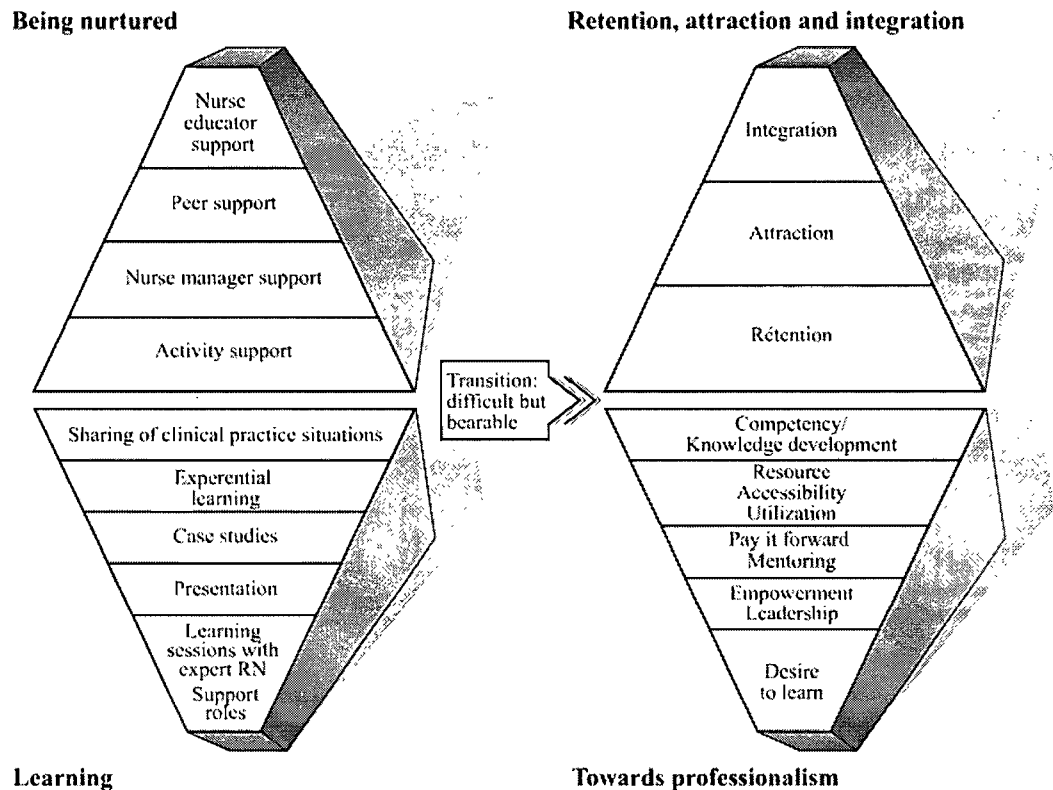


Figure 1. The process and outcomes pyramids model of an educational support seminar for New Nursing Graduates (NNGs) in Emergency Room (ER).

L'analyse des données montre aussi que les activités de soutien affectif autant que celles de soutien cognitif ont soutenu le processus de professionnalisation des IND participantes en facilitant le développement de leur compétence en pratique clinique, en accélérant la connaissance et l'utilisation des ressources du réseau, en créant le besoin « donner au suivant » en soutenant les IND suivantes, en favorisant le développement de leur leadership et leur autonomisation et en stimulant leur désir d'apprendre. Par ailleurs, toujours selon les IND participantes, la présence d'une telle structure de soutien a constitué un facteur d'attraction et de rétention à l'unité d'urgence et a favorisé leur intégration au sein de l'équipe.

Discussion

Cette étude visait à documenter l'expérience de transition d'IND embauchées dans une unité d'urgence et ayant participé à un séminaire de soutien et de formation au cours de leur première année de travail. Les résultats de l'étude mettent en évidence trois points importants : (1) un séminaire de soutien et de formation peut faciliter la période de transition d'étudiante à infirmière dans une unité d'urgence; (2) des activités de formation continue axées sur l'utilisation des expériences quotidiennes des IND sous forme de partage, d'analyse, de pratique réflexive, de discussion de cas, etc. constituent une approche pédagogique efficace pour l'apprentissage des IND; (3) la présence régulière de l'infirmière gestionnaire contribue à l'efficacité d'une activité de formation visant les IND.

1. D'étudiante à infirmière d'urgence

Les résultats de cette étude ont révélé que les IND participantes ont vécu une période de transition plus facile qu'anticipée et que suite à leur participation au séminaire de soutien et de formation, un processus de professionnalisation est apparu.

1.1 Les difficultés lors de la période transitoire

Les résultats de l'étude révèlent que la période de transition des IND participantes a été empreinte de diverses difficultés qu'elles ont réussies à maîtriser.

Dans l'ensemble, il semble que cette période n'ait pas été aussi difficile ou dramatique que celle décrite dans la plupart des études à ce sujet (Boyчук Duchscher, 2001; Casey et al., 2004; Greenwood, 1998; Oermann & Garvin, 2002) y compris celle de Schoessler et Waldo (2006a). D'ailleurs, Lavoie-Tremblay et al. (2002) confirment qu'un programme de soutien sous forme de groupe de pairs, peut aider la période de transition des IND. Ainsi, les résultats de cette étude ont permis d'identifier les mêmes sources de difficultés que Schoessler et Waldo, à savoir les soins aux patients et à sa famille, les interactions interdisciplinaires et les événements marquants mais à un niveau de difficultés moins important. Pour ce qui est de l'organisation du travail, il s'est avéré difficile pour les IND sans soutien tangible du séminaire.

Premièrement, les résultats de l'étude montrent que les activités du séminaire ont favorisé l'apprentissage des soins au patient et à sa famille chez les IND participantes. Le séminaire de soutien permettait d'exprimer et d'analyser les situations cliniques en lien avec le patient et sa famille et facilitait le développement des compétences cliniques (raisonnement clinique). Lors des activités du séminaire, l'infirmière éducatrice encourageait la pratique réflexive. De plus, l'infirmière éducatrice pouvait alors offrir du soutien affectif ou cognitif, selon le besoin et favoriser les échanges et les apprentissages entre pairs tel que suggéré par Blanzola, Linderman, King (2004). Une telle structure de soutien avec un groupe de pairs est d'ailleurs suggérée par Cho, Laschinger et Wong, (2006) car elle favorise le développement d'apprentissages communs et peut aider à construire des réseaux

informels de soutien dans les situations cliniques rencontrées ainsi que de la collégialité dans le travail d'équipe.

Deuxièmement, alors que Schoessler et Waldo (2006a) suggèrent que les relations avec les médecins demeurent très difficiles jusque dans la phase du nouveau recommencement (10-18 mois), les IND participantes au séminaire de soutien et de formation ont décrit les interactions avec les médecins comme intimidantes mais accessibles et axées sur la collaboration. Bien que la méthodologie rétrospective de cette étude ne nous ait pas permis d'identifier le moment précis où l'IND participante s'est sentie en confiance dans toutes ses interactions interdisciplinaires, il est possible d'avancer qu'à la fin du séminaire, les relations avec l'équipe ne constituait plus un défi.

Troisièmement, les témoignages des IND participantes de cette étude démontrent que les événements marquants comme un premier décès ont semblé peu perturbants, car la présence du séminaire créait une structure de confiance et de partage des difficultés expérimentées. D'ailleurs, Brookfield (1998) soutient que le partage d'événements marquants dans un groupe de soutien, offert sous un format de pratique réflexive, facilite les moments de crise ou de transition engendrés par ces événements marquants. Cet auteur ajoute que la signification et l'introspection découlant de ces sessions de pratique réflexive auront un impact profond et durable sur la personne qui en bénéficie.

Pour ce qui est de l'organisation du travail, il s'est avéré clair suite aux témoignages des IND participantes, que le séminaire avait très peu contribué à faciliter celle-ci. En fait, les IND participantes relient l'acquisition de l'organisation en milieu de travail au préceptorat lors de leur orientation, au modèle de rôles que constituent toutes les infirmières expertes de l'unité d'urgence ainsi qu'à leur propre pratique au jour le jour. Ceci démontre qu'une stratégie éducative ne peut à elle seule combler tous les besoins d'apprentissage des IND; de là l'importance d'avoir des programmes de soutien comprenant du préceptorat, de l'accompagnement de la part des membres de l'équipe de leadership et du mentorat (Godinez et al., 1999).

1.2 Professionnalisation et rétention

Les résultats de cette étude nous révèlent que les IND participantes ont développé différents éléments qui pourraient s'apparenter à la professionnalisation notamment le développement des compétences, la capacité d'utiliser les ressources disponibles, le désir de donner au suivant, le leadership, l'autonomisation et le désir de poursuivre leurs apprentissages. À l'instar de multiples autres études (Altier & Krsek, 2006; Beecroft, Dorey & Wenten, 2008; Owens et al, 2001; Schoessler & Waldo, 2006a,b), les IND participantes de cette étude mentionnent aussi que le soutien du séminaire a eu un effet de rétention. Par contre, la perspective possible d'IND n'ayant pas poursuivi leur carrière à l'unité d'urgence manque à cette étude.

Or, le processus de professionnalisation qui a émergé de cette étude englobe plusieurs sphères en lien avec l'apprentissage et les compétences d'une infirmière. En effet, les IND participantes affirment avoir apprécié d'avoir la possibilité de développer leurs compétences d'autant plus que le tout se déroulait dans un environnement axé sur les apprentissages. Les IND participantes ont apprécié découvrir, à travers les rencontres du séminaire, les multiples ressources disponibles pour leur pratique clinique. D'ailleurs, ces rencontres ont facilité leur accessibilité lorsque les IND participantes travaillaient à l'unité d'urgence. Une étude évaluative de Beecroft, Kunzman et al. (2001) réalisée avec l'échelle de compétences de Slater et celle de l'autonomie professionnelle de Schutzenhofer, est arrivée à des résultats similaires, démontrant que les IND participantes (n=50) ont développé leurs compétences ainsi que leur autonomie professionnelle suite à leur participation à un programme d'internat de six mois. De plus, le contexte favorable et positif du séminaire a nourri le besoin d'apprendre des IND participantes. Ceci rejoint ce que Hughes (2005) décrit dans son article à savoir qu'il y a plusieurs aspects positifs pouvant possiblement dériver du développement professionnel notamment le développement des compétences et la génération d'apprenant à vie ainsi que l'amélioration de la qualité des soins.

Outre cela, d'autres aspects du développement professionnel des IND ont découlé suite à leur participation au séminaire notamment le besoin de « donner au suivant », le leadership et l'autonomisation (empowerment). En fait, le besoin de « donner au suivant » décrit par les IND participantes assure que, dans le futur, les

infirmières seront prêtes et intéressées à être précepteur ou mentor pour les nouvelles cohortes. D'ailleurs, la participation d'IND (n= 40) à un programme d'internat de 16 semaines a eu le même effet dans l'étude de Blanzola et al. (2004) car celles-ci affirment avoir maintenu un lien avec les cohortes suivantes suite à leur participation au programme, en leur offrant soutien au travail et camaraderie. Cette vertu de la part des IND d'offrir une forme de « caring » envers les futures cohortes d'IND s'avère précieuse en ces temps de pénurie, car de nombreux auteurs (Beecroft et al., 2001; Boychuk Duchscher, 2001; Cho et al., 2006; Funderburk, 2008; Scott, Keehner Engelke & Swanson, 2008, Ulrich, 2003) encouragent la création de programme de mentorat. C'est un moyen peu coûteux de partage d'expertise entre collègues de divers niveaux de compétence. En plus, ça encourage le mentor et le mentoré à viser une pratique exemplaire appuyée de créativité (Funderburk, 2008) tout en aidant l'IND à développer sa confiance en elle (Oermann & Garvin, 2002).

Les résultats de cette étude ont aussi démontré que les IND participantes ont développé suite à leur participation au séminaire, leurs aptitudes en leadership et en autonomisation. En fait, selon Funderburk (2008), le développement de l'autonomisation dès la période transitoire peut aider les IND à développer leurs aptitudes en leadership et en négociation politique; conséquemment, cela outille les IND dans leurs interactions interdisciplinaires comme par exemple dans les relations avec les médecins ainsi que dans leur rôle en tant qu'avocate du patient. L'autonomisation est défini par « le processus par lequel une personne ou un groupe social, acquiert la maîtrise des moyens qui lui permettent de se conscientiser, de

renforcer son potentiel et de se transformer dans une perspective de développement, d'amélioration de ses conditions de vie et de son environnement » (Office de la langue française, 2003). Cho et al. (2006) ajoutent que l'acquisition de l'autonomisation est reliée, entre autres, à la satisfaction au travail ainsi qu'à de l'autonomie dans sa pratique. Considérant les nouvelles activités et responsabilités confiées aux infirmières par la loi 90 en 2002, le développement des compétences en leadership et l'acquisition d'autonomisation s'avèrent des atouts indéniables. L'étude de Blanzola et al. (2004) confirme les résultats de la présente étude; les résultats de leur étude ont démontré suite à l'administration d'une auto-évaluation à des IND participantes (n=40), que la présence d'un programme de soutien facilite le développement des compétences en leadership d'IND. Cho et al. (2006) renchérissent en alléguant qu'être capable d'accéder et d'utiliser les ressources favorise l'acquisition d'autonomisation, ce qui rejoint les IND participantes de cette étude car elles ont exprimé l'importance d'être capable d'identifier et d'utiliser les diverses ressources de l'unité d'urgence dans le soutien de leur pratique clinique. De plus, les résultats de l'étude de Cho et al. démontrent que lorsque les IND ont accès à l'autonomisation, elles se sentent plus engagées envers leur milieu de travail.

Donc, à la lumière des résultats de cette étude, du côté du développement professionnel, on peut avancer que les bénéfices de la participation à un séminaire de soutien sont considérables et que la formation continue favorise l'autonomie professionnelle tel que stipulé par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (CHRSF), 2006).

Finalement, tel que décrit dans d'autres études (Altier & Krsek, 2006; Beecroft, Dorey & Wenten, 2008; Owens et al, 2001; Schoessler & Waldo, 2006a,b), les IND participantes de cette étude disent que la présence du séminaire a eu un effet de rétention; elles ajoutent que la présence de cet accompagnement au cours de la première année de pratique a eu, à l'embauche, un effet d'attraction et par la suite, une aide à l'intégration à l'unité d'urgence. Ceci confirme les résultats de Beecroft, Dorey et Wenten (2008) à l'effet qu'un soutien de la part de l'organisation face à la formation continue diminue le roulement du personnel et donc a un impact de rétention des infirmières. D'ailleurs, un rapport de recherche canadien (O'Brien-Pallas, L., Pringle, D., Tomblin Murphy, G., Birch, S., White, S., McGillis Hall, L. et al., 2004) soutient qu'un programme de soutien peut avoir un effet de rétention allant jusqu'à une période de cinq ans, ce qui en ces temps de pénurie s'avère incontestablement avantageux.

2. Aspects pédagogiques

Les résultats de l'étude révèlent aussi que les activités d'éducation qui sont contextuelles et centrées sur les apprentissages plutôt que centrées sur des contenus didactiques, favorisent le développement des compétences notamment le raisonnement clinique et la professionnalisation. Altet (1997) définit le courant centré sur l'apprentissage comme un acte pédagogique ayant comme finalité d'aider l'élève à apprendre, à construire ses savoirs et à se les approprier plutôt qu'un

enseignement défini à partir de l'enseignant. Considérant qu'encore aujourd'hui, la formation continue offerte aux infirmières en milieu de travail est majoritairement magistro-centriste axée sur le format didactique structuré à partir de présentations pré-définies sur les systèmes du corps humain ou sur des situations cliniques complexes, il est intéressant de souligner que cette approche traditionnelle de l'enseignement exige une réflexion et une ré-évaluation.

Bien plus, Barbeau et al. (2004) et Dalley, Candela et Benzel-Lindley (2007) rappellent qu'il s'avère important d'offrir un contenu contextuel et significatif pour l'apprenant, ancré dans sa réalité; même qu'en 1984, Benner mentionnait déjà l'importance de rendre les formations infirmières contextuelles. À cet égard, Barbeau et al. (2004) encouragent le développement de stratégies d'enseignement, où l'apprenant devient actif dans l'élaboration et l'organisation des connaissances théoriques, dans l'acquisition et l'intériorisation des connaissances procédurales et dans l'acquisition des connaissances conditionnelles favorisant le transfert des connaissances. En rendant l'apprenant actif, on lui permet de développer sa capacité de métacognition en lui permettant de réfléchir sur les situations cliniques rencontrées; de plus, la métacognition agit positivement sur sa motivation (Aylwin, 1992).

Il est temps que l'obsession légendaire du contenu à couvrir de la part des infirmières responsables de la formation au travail soit remise en question (Dalley et al., 2007), d'autant plus que les connaissances liées à la pratique dans le milieu de la

santé croissent à une vitesse phénoménale. D'ailleurs Dalley et al. rappellent que lorsque le contenu des formations est surchargé de connaissances déclaratives, le temps disponible afin que l'apprenant développe sa compétence de raisonnement clinique (jugement clinique et résolution de problèmes) s'en trouve diminué, sinon absent. Ceci est crucial si on considère que les IND arrivent au travail avec des connaissances déclaratives qu'elles doivent apprendre à utiliser en situation clinique. De là, l'importance du format de la formation continue qui leur est offerte.

En somme, les infirmières éducatrices responsables des activités de formation continue des IND doivent revoir leur pratique à la lumière des résultats probants de la recherche en sciences de l'éducation. Elles doivent aussi s'assurer de la collaboration de l'organisation qui embauche ces IND tel que suggéré par Schoessler et Waldo (2006b), afin de disposer des ressources nécessaires pour utiliser ces résultats de la recherche en sciences de l'éducation ainsi que leur créativité de pédagogue.

3. Le rôle de l'infirmière gestionnaire

Les résultats de cette étude ont finalement mis en évidence l'importance cruciale du soutien de l'infirmière gestionnaire pour les IND participantes lors de leur période de transition. Les IND participantes ont particulièrement apprécié sa présence au séminaire, son écoute, son caring, sa rétroaction positive et son aide dans la résolution des problèmes rencontrés dans leur pratique clinique. D'ailleurs,

Simmons et Cavanaugh (2000) soutiennent que le caring implique du soutien affectif et cognitif ainsi que des actions de la part du donnant, ici l'infirmière gestionnaire, visant le bien-être de la personne qui reçoit, ici l'IND. Bien plus, une étude réalisée par Simmons et Cavanaugh a démontré que le développement de l'habileté du « caring » est en lien direct avec celui reçu dans les contextes de formation; et que c'est comme ça que cette habileté du « caring » se transpose par la suite dans la pratique clinique. Conséquemment, les infirmières gestionnaires ne doivent pas uniquement s'assurer de mettre en place des programmes de formation ayant pour objectif principal la rétention du personnel (Scott et al., 2008).

Un tel style de gestion a été associé au courant du leadership transformationnel (Robbins & Davidhizar, 2007) et est lié à une plus grande satisfaction au travail des infirmières, à la rétention du personnel ainsi qu'à une plus grande satisfaction des patients (CHSRF, 2005; Funderburk, 2008; Robbins & Davidhizar, 2007). De plus, lors d'une structure de soutien tel le séminaire, l'infirmière gestionnaire peut communiquer sa vision des soins et engager les IND dans une communication bi-directionnelle afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins aux patients (Robbins & Davidhizar, 2007). Hugues (2005) ajoute que ce style de leadership peut influencer la perception de la valeur de la formation continue, l'intérêt pour la pratique réflexive et la motivation des infirmières récemment diplômées. En somme, les bénéfices de la présence de l'infirmière gestionnaire à une structure de soutien pour les IND dans leur première année de pratique s'avèrent nombreux et évidents.

Limites de l'étude

Les limites potentielles de cette étude sont surtout d'ordre méthodologique. D'abord, il faut mentionner le petit nombre de participantes même si la saturation des données a été atteinte et que l'échantillon représente près de 30% (5/17) de la population d'IND travaillant à l'unité d'urgence au moment de l'étude. Il faut aussi préciser que l'investigatrice a tenté d'identifier des participants potentiels ayant vécu une expérience différente de celle des cinq infirmières participantes (méthode boule de neige) sans succès. On peut donc présumer que l'expérience de ces cinq IND participantes peut représenter l'expérience des 17 IND ayant participé au séminaire et toujours employées à l'urgence.

Une autre limite se situe dans le fait que les IND participantes ont du faire appel à leur mémoire pour participer aux entretiens de cette étude. Van der Maren (2004) explique que faire appel aux souvenirs du passé ne constitue pas une simple restitution mais bien une reconstruction. Les événements remémorés subissent inmanquablement une transformation. De plus, Van der Maren ajoute que le souvenir émotif de l'événement prédomine le souvenir cognitif.

Une autre limite repose dans le fait que l'investigatrice est l'infirmière éducatrice de l'unité d'urgence et qu'elle ait pu influencer le témoignage des IND participantes. Mais tel qu'expliqué dans la section sur la méthodologie, au moment

de la collecte des données, l'investigatrice était en congé parental et d'études depuis 30 mois, soit de mai 2005 à septembre 2008. Elle avait aussi été en congé parental de mai 2002 à janvier 2004. Conséquemment, elle connaissait deux IND participantes en tant qu'éducatrice du séminaire. Pour ces deux IND participantes, elle a porté une attention particulière au confort de l'entrevue, en expliquant clairement les objectifs de l'étude ainsi que l'importance de leur témoignage. Consciente que son engagement face au séminaire pouvait influencer le processus et le contenu de l'étude, l'investigatrice a aussi porté une attention particulière à exercer une neutralité dans le processus d'entretien ainsi qu'à garder une ouverture d'esprit envers les opinions divergentes.

Recommandations

Des recommandations s'appliquant au domaine de la formation continue, de la recherche et de la gestion seront énoncées dans les prochains paragraphes.

Recommandations pour les responsables de la formation continue des IND

À l'instar de plusieurs auteurs (Beecroft et al., 2001; Casey et al., 2004; Goode & Williams, 2004; Schoessler & Waldo, 2006b), l'investigatrice considère qu'il est essentiel qu'un programme de soutien et de formation allant au-delà de l'orientation régulière soit offert aux IND lors de leur début de pratique à l'unité d'urgence. Même si Lavoie-Tremblay et al. (2002) considère que ces programmes de soutien sous forme de groupe devraient être offerts pour au moins six mois, l'investigatrice, suite aux résultats de la présente recherche, abonde plutôt avec les recommandations de Casey et al. (2004) à l'effet que ces programmes devraient durer au moins un an; même que de tels programmes s'étalant sur les deux à trois premières années de pratique d'une IND seraient sûrement bénéfique. De plus, la composition de ces programmes de soutien et de formation doit tenir compte de la période de transition que vivent les IND, à leur socialisation professionnelle ainsi qu'à leur intégration, leur satisfaction au travail et leur rétention.

Tout comme Dalley et al. (2007), l'investigatrice de cette recherche croit qu'il est nécessaire d'orienter vers une pédagogie centrée sur les apprentissages et de

s'éloigner du courant magistro-centriste. Il faut dépoussiérer toutes ces formations chargées de contenu déclaratif et recentrer les apprentissages vers un contenu significatif, contextuel et qui interpelle l'IND. Outre cela, l'utilisation de la communauté narrative comme stratégie d'enseignement s'avère concluante pour stimuler la pratique réflexive en autant que l'éducatrice possède la compétence d'animation d'une telle activité afin d'éviter les déraillements toujours possibles dans de telles situations. De plus, suite aux résultats de cette recherche, l'investigatrice considère que les structures de soutien pour les IND devraient contenir des éléments de soutien cognitif et de soutien affectif.

Recommandations pour la recherche

De plus amples recherches ciblant les IND dans leur période de transition s'avèrent nécessaires afin de poursuivre la réflexion entamée par cette étude. L'étude d'un groupe d'IND ayant participé au séminaire de soutien et de formation mais n'ayant pas poursuivi leur carrière à l'urgence ou même en soins infirmiers s'avère essentielle. L'étude d'un groupe d'IND travaillant dans une unité d'urgence et ne bénéficiant pas du séminaire de soutien et de formation pourrait s'avérer intéressant afin de documenter les différences possibles dans l'expérience de transition. La réalisation d'une étude longitudinale prospective avec de multiples entretiens au cours de l'expérience de transition enrichirait la présente étude et permettrait possiblement de dégager des thèmes tels que ceux du modèle de Schoessler et Waldo (2006a,b). De plus, une étude avec un échantillon plus grand dans différents

établissements de santé pourrait être utile afin d'approfondir les acquis des IND suite au soutien d'un tel séminaire et permettrait de valider le modèle qui a émergé dans la présente étude.

Recommandations pour la gestion

L'investigatrice de cette recherche considère que le soutien des administrateurs pour la création de programmes de soutien et de formation pour les IND en période de transition est crucial sur le plan organisationnel et sur le plan financier tel que suggéré par Schoessler et Waldo (2006a,b) et Truman (2004). Ce soutien devrait être palpable au niveau de l'activité de formation continue en tant que telle par la présence de l'infirmière gestionnaire qui doit y tenir un rôle suffisamment important pour que les IND perçoivent l'importance qui leur est accordée. Donc, les infirmières gestionnaires doivent connaître les tendances en pédagogie en regard de la formation continue ainsi qu'elles se doivent de comprendre l'importance d'exercer un leadership transformationnel.

Enfin, en ces temps de pénurie infirmière, où l'avancement des connaissances dans le milieu de la santé se produit à une vitesse fulgurante en doublant à tous les deux ans (Dalley et al., 2007), il s'avère impératif de mettre en place tous les éléments qui peuvent favoriser la rétention des IND dans les milieux de soins et de mettre en œuvre un soutien optimal car cette relève constitue l'avenir de la profession.

Conclusion

L'étude présentée dans ce mémoire de maîtrise en sciences infirmières visait à documenter l'expérience de transition du statut d'étudiante à celui d'infirmière, d'infirmières nouvellement diplômées (IND) travaillant à l'urgence et ayant participé à un séminaire de soutien et de formation. L'étude est importante puisque de plus en plus d'IND sont embauchées directement dans des unités d'urgence alors que leurs compétences ne sont pas suffisamment développées pour faire face aux exigences de la pratique infirmière en soins d'urgence. Cinq études de cas et une analyse intercas ont été réalisées auprès d'IND d'un même établissement de santé, ayant participé à un séminaire de soutien et de formation spécialement conçu pour elles.

Les résultats de l'étude ont permis d'élaborer un modèle de l'expérience de ces IND. Le modèle illustre qu'une structure de formation continue comprenant du soutien affectif et du soutien cognitif peut faciliter la période de transition ainsi que le développement du processus de professionnalisation, en plus de favoriser la rétention et l'intégration des IND participantes. Bien que ces résultats soient issus des témoignages des cinq IND participantes et de l'interprétation de l'investigatrice, on peut affirmer qu'un tel séminaire s'avère crucial dans l'insertion professionnelle des IND embauchées dans des unités d'urgence, notamment parce que ces résultats s'ajoutent à d'autres résultats qui vont dans le même sens.

Il apparaît donc possible de réduire le « choc » transitionnel vécu par les IND, même dans le contexte d'unités d'urgence. Il semble même qu'en atténuant ce choc, on puisse soutenir le développement de la professionnalisation chez ces IND. Les résultats de l'étude montrent en effet que le séminaire a permis aux IND de développer (1) leur raisonnement clinique vers un niveau de compétence plus élevée, (2) le goût de « donner au suivant » à leur tour, (3) leur autonomisation et leur leadership, (4) le besoin de continuer à apprendre. Toutefois, les résultats montrent qu'une activité visant à faciliter l'intégration et la rétention d'IND à l'unité d'urgence doit répondre à deux conditions particulières. Premièrement, l'activité doit s'appuyer sur une conception de la formation continue basée sur une approche centrée sur les apprentissages plutôt que sur des contenus. Deuxièmement, l'infirmière gestionnaire doit y participer activement et régulièrement. Par ailleurs, il est important de se rappeler que le séminaire dont il a été question dans cette étude était peu coûteux si on tient compte des coûts élevés du roulement de personnel infirmier, après la période d'orientation habituelle.

Ces résultats devraient encourager d'autres chercheurs et d'autres cliniciens et gestionnaires à pousser plus loin leur réflexion sur les moyens à mettre en œuvre pour favoriser l'intégration et la rétention des IND qui sortiront des écoles d'infirmières au cours des prochaines années.

Références

Allanach, B.C. & Jennings, B.M. (1990). Evaluating the effects of a nurse preceptorship programme. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 22-28.

Altet, M. (1997). *Les pédagogies de l'apprentissage*. Paris: presses universitaires de France.

Altier, M.E. & Krsek, C.A.(2006). Effects of a 1 year residency program on job satisfaction and retention of new graduates nurses. *Journal for Nurses in Staff Development*, 22 (2), 70-77.

Association des infirmières et infirmiers du Canada.(2002). *Planifier pour demain: prévisions de ressources humaines en soins infirmier*, Ottawa: Canada.

Aylwin, U. (1992). Les principes d'une bonne stratégie pédagogique. *Pédagogie collégiale*, 5, (4), 11-15.

Barbeau, D., Montini, A., Roy, C. (2004). *Tracer les chemins de la connaissance*. Montréal: Éditions de l'A.Q.P.C.

Beecroft, P.C., Dorey, F., Wenten, M. (2008). Turnover intention in new graduate nurses: a multivariate analysis. *Journal of advanced nursing*, 62(1), 41-52.

Beecroft, P.C., Kunzman, L., Krozek, C.(2001). RN Internship: outcomes of a one year pilot. *Journal of Nursing Administration*, 31 (12), 575-582.

Benner, P.(1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing Practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing.

Blanzola, C., Linderman, R., King, Major L. (2004). Nurse internship pathway to clinical comfort, confidence and competency. *Journal for nurses in staff development*. 20 (1), 27-37.

Boutin, G.(1997). *L'entretien de recherche qualitatif*. Ste-Foy: Presses de l'université du Québec.

- Boychuk Duchscher, J., E.(2001). Out in the real world: newly graduated nurses in acute care speak out. *Journal of Nursing Association*, 31 (9), 426-439.
- Boychuk Duchscher, J., E., & Cowin, L., S.(2004). The experience of marginalization in new nursing graduates. *Nursing Outlook*, 52 (6), 289-296.
- Brookfield, S. (1998). Critically reflective practice. *Journal of continuing education in the health profession*, 18, 4, 197-205.
- Canadian Health Services Research Foundation (2006). *Staffing for safety: A synthesis of the evidence on nurse staffing and patient safety*, Ottawa: Canada.
- Canadian Health Services Research Foundation (2005). *Evaluation of patient safety and nurse staffing*. Rapporté le 29 juillet, 2008, de http://www.chsrf.ca/research_themes/pdf/NSPS_researcher_synthesis_e.pdf
- Candela, L., Dalley, K., Benzel-Lindley, J. (2006) A case for a learner-centered curricula. *Journal of nursing education*, 45(2), 59-66.
- Casey, K., Fink, R., Krugman, M., Propst, J.(2004). The graduate nurse experience. *Journal of Nursing Administration*, 34 (6), 303-311.
- Chapman, J.(1993). Collegial support linked to reduction of job stress. *Nursing Management*, 24 (5), 52-56.
- Cho, J., Laschinger H.K.S., Wong, C. (2006). Workplace empowerment, work engagement and organizational commitment of new graduate nurses. *Canadian journal of nursing leadership*, 19 (3), 43-60.
- Cowin, L., S., & Hengstberger-Sims, C. (2006). New graduate nurse self-concept and retention: a longitudinal survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43 (1), 59-70.
- Dalley, K., Candela, L., Benzel-Lindley, J. (2007). Learning to let go: The challenge of de-crowding the curriculum. *Nurse education today*, 28, 62-69.

- Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S.(1994). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, California: Sage Publications Inc.
- Funderburk, A.E.(2008). Mentoring: The Retention Factor in the Acute Care Setting. *Journal for Nurses in Staff Development*, 24(3), E1-E5.
- Godinez, G., Schweiger, J., Gruver, J., Ryan, P.(1999). Role transition from graduate to staff nurse: a qualitative analysis. *Journal for Nurses in Staff Development*, 15(3), 97-110.
- Goodes, C.J. & Williams, C.A. (2004). Post-baccalaureate nurse residency program. *Journal of Nursing Administration*, 34 (2), 71-77.
- Greene, J. (2000). Understanding social programs through evaluation. In Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (Ed.). *Handbook of qualitative research* (pp.981-999). Thousand Oaks, California: Sage Publications Inc.
- Greenwood, J.(2000). Critique of the graduate nurse: an international perspective. *Education Today*, 20, 17-23.
- Guba, E.G. & Lincoln, Y.S.(1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sages Publications.
- Healthcare Advisory Board.(2001). *Hardwiring right retention: Best practices for retaining a high performance workforce*. Washington D.C.: The Advisory Board Company.
- Hugues, E. (2005). Nurses' perceptions of continuing professional development. *Nursing Standard*, 19 (43), 41-49.
- Kelly, B.(1998). Preserving moral integrity: a follow-up study with new graduate nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (5), 1134-1145.

- Lavoie-Tremblay, M., Viens, C., Forcier, M., Labrosse, N., Lafrance, M., Laliberté, D. et al. (2002). How to facilitate the orientation of new nurses into the workplace. *Journal for Nurses in Staff Development*, 18 (2), 80-85.
- Loiseau, D., Kitchen, K., Edgar, L.(2003). A comprehensive ED orientation for new graduates in the emergency department: the 4 years experience of one Canadian teaching hospital. *Journal of Emergency Nursing*, 29(6), 522-527.
- Michaud, S.(1991). *Relations entre des caractéristiques de l'environnement de travail et l'épuisement professionnel d'infirmières en service d'urgence*. Mémoire de maîtrise non-publié. Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada.
- Miles, M.B. & Huberman, A.M.(2003). *Analyse des données qualitatives*. De Boeck université: Paris.
- Ministère de la santé et des services sociaux (2006). *Garantir l'accès: un défi d'équité, d'efficience et de qualité*. Québec: MSSS.
- National Steering Committee on Patient Safety.(2002). *Building a safer system: A national integrated strategy for improving patient safety in canadian health care*. Canada.
- O'Brien-Pallas, L., Pringle, D., Tomblin Murphy, G., Birch, S., White, S., McGillis Hall, L. et al.(2004). Construire l'avenir: une stratégie intégrée pour les ressources humaines infirmières au Canada - Rapport de synthèse de la recherche. Ottawa : Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers. Rapporté le 4 avril 2007.
<http://www.construirelavenir.ca/f/study/phase1/reports/Rapport-synthèse-de-la-recherche.pdf>
- Oermann, M., H. & Garvin, M., F. (2002). Stresses and challenges for new graduates in hospitals. *Nurse Education Today*, 22, 225-230.
- Oermann, M., H. & Moffitt-Wolf, A. (1997). Graduate nurses perceptions of clinical practice. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 28, 20-25.

Office de la langue française (2003). Le grand dictionnaire. Accédé le 13 août, 2008.
http://www.granddictionnaire.com/BTML/FRA/r_Motclef/index1024_1.asp

Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec.(2007). *Mémoire: Une nouvelle approche de planification des effectifs infirmiers : des choix à faire de toute urgence!* Québec : OIIQ.

Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec.(2006). *Le Journal, supplément de Perspective Infirmière*, 3 (3), 1.

Owens, D., Turjanica, M.A., Scanion, M., Sandhusen, A.E., Williamson, M., Hebert et al. (2001). New graduate RN internship program: A collaborative approach for system-wide integration. *Journal for Nurses in Staff Development*, 17(3), 144-150.

Patton, M. Q.(1997). *Utilization focused evaluation: The new century text*. Thousands Oaks: Sage publications.

Patton, M. Q.(2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Thousands Oaks: Sage publications.

Provalis Research (2005). QDA miner (Version 3.0.4). Montreal, Canada.

Robbins, B. & Davidhizar, R. (2007). Transformational leadership in health care today, *The health care managers*, 26 (3), 234-239.

Schoessler, M. & Waldo, M.(2006a). The first 18 months in practice: A developmental transition model for the newly graduated nurses. *Journal for Nurses in Staff Development*, 22 (2), 47-52.

Schoessler, M. & Waldo, M.(2006b). Organizational infrastructure to support development of newly graduated nurses. *Journal for Nurses in Staff Development*, 22 (6), 286-293.

Scott, E. S., Keehner Engelke, M., Swanson, M. (2008). New graduate nurse transitioning: Necessary or nice? *Applied nursing research*, 21, 75-83.

- Simmons, P.R. & Cavanaugh, S.H. (2000). Relationships among student and graduate caring ability and professional school climate. *Journal of Professional Nursing*, 16 (2), 76-82.
- Stake, R., E. (2000). Case studies. In Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (Ed.), *Handbook of qualitative research (chap.16)*. Thousand Oaks, Californie: Sage Publications Inc.
- Truman, K., M.(2004). Education enhances recruitment and retention in the ED. *Nursing Management*, 35 (7), 45-48.
- Ulrich, B.(2003). Successful strategies for new graduates. *Nurse Leader*, nov-déc, 28-30
- Van Der Maren, J-M., (2004). *Méthodes de recherche pour l'éducation: deuxième édition*. Bruxelles : De Boeck.
- Wolf, L.(2005). An ED orientation / fellowship: An experiment in process-oriented training and learning to think like an emergency nurse. *Journal of Emergency Nursing*, 31 (3), 298-301.

Les appendices

Appendice A

Tableau 1. Themes and marker events de Schoessler & Waldo, 2006a.

Theme	Ending (0-3 Months)	Neutral Zone (4-9 Months)	New Beginning (10-18 Months)
Patient/Family	Learning tasks/procedures	Fear of patients asking questions that the new nurse cannot answer	Family emerges as a new demand
	Patient conditions as challenges		Comfort with procedural care Inability to remember all patients by name
Organization	Struggling with shift organization	Shift organization is improving as some tasks become more routine	Organization has improved Others have noticed the improvement
Team	Dependent on the team	Integrating with the team	Unit is "my home" now
	Importance of preceptor role	Physician communication seen as problematic	Concerns with staffing patterns remain
	The team is talking about me	Issues of efficiency vs. quality of care situated in staffing and budget	Physicians' relationships remain problematic; however, there is value in building collaborative relationships
	Physician interactions approached with trepidation		
Marker events	First patient death	"Other staff are asking me questions (and I know some answers)!"	Beginning to precept newer nurses
	First error		Compares self to current new graduates
	Development of new skills		Able to complete the shift on time Assuming charge nurse responsibilities

Appendice B

Lettre d'information

Titre de l'étude: Un programme innovateur de formation et d'intégration pour les infirmières nouvellement graduées à l'unité d'urgence.

Chercheure principale: Nancy Turner

Directrice de recherche: Johanne Goudreau

Nous aimerions vous inviter à participer à une étude menée par Nancy Turner, infirmière et candidate à la maîtrise en sciences infirmières option formation à l'université de Montréal. Ce document vise à vous fournir des renseignements sur l'étude avant que vous décidiez ou non d'y participer.

La pénurie infirmière, le vieillissement de la population infirmière, le roulement du personnel ont amené l'équipe de leadership d'un centre hospitalier tertiaire de Montréal à embaucher des infirmières nouvellement graduées (IND) à l'unité d'urgence. La période transitoire et la socialisation professionnelle de ces IND à l'unité d'urgence constituent une préoccupation considérant le niveau d'expertise requis pour pratiquer dans ce milieu et le niveau d'acuité des soins d'aujourd'hui. Pour palier à cette préoccupation, un programme de formation et d'intégration fut créé et implanté.

En tant qu'investigatrice, je désire mieux comprendre le phénomène de l'expérience d'intégration des infirmières nouvellement graduées travaillant à l'unité d'urgence ayant participé au programme de formation et d'intégration. Je désire également à l'aide de cette recherche qualitative mettre en lumière les forces et faiblesses du programme afin d'en permettre une bonification et une amélioration. Suite à cette recherche, des recommandations sur les améliorations possibles seront faites au milieu clinique du centre hospitalier.

Je sollicite votre collaboration pour cette recherche à titre d'infirmières ayant commencé à l'unité d'urgence en tant qu'infirmière nouvellement graduée. Pour faire partie de cette étude, vous devez remplir tous les critères de sélection énumérés ci-bas.

- Être arrivée à l'urgence en tant qu'infirmière nouvellement graduée.
- Avoir participé au programme de formation et d'intégration entre 2001-2006.
- Avoir complété 18 mois de pratique à l'unité d'urgence et y travailler encore.
- Être capable de vous exprimer en langue française.

Si vous acceptez de participer à cette recherche, vous devrez participer à une entrevue qui sera menée par l'investigatrice, soit Nancy Turner, à l'endroit de votre choix (hôpital ou ailleurs) pour répondre à quelques questions concernant l'objet de la recherche. L'entrevue durera environ 90 minutes, sera en français et sera enregistrée afin de faciliter l'analyse. À la fin de l'étude, l'investigatrice vous informera des résultats selon une méthode qu'elle aura discutée avec vous (présentation orale ou écrite).

Si vous acceptez de participer à cette recherche, vous aurez à signer un consentement qui sera disponible soit en français ou en anglais.

L'investigatrice tient à préciser que la participation à cette étude n'aura aucune influence sur le statut d'employé de l'infirmière participante. La période de probation d'un employé dure 30 jours et les IND participantes à cette étude devront avoir comme critère d'inclusion d'avoir complété 18 mois d'emploi comme infirmière à l'unité d'urgence.

Si vous êtes intéressés à participer à cette recherche, prière de contacter l'investigatrice principale, soit Nancy Turner, dans les prochains jours, soit par téléphone ou par courriel. Si vous acceptez, je vous ferai parvenir une copie du formulaire de consentement accompagné du guide d'entretien. De plus, je conviendrai d'un rendez-vous avec vous pour l'entrevue. Je pourrai également répondre à vos questions.

En vous remerciant à l'avance de votre intérêt,

Bien à vous

Nancy Turner

[information retirée / information withdrawn]

Appendice C

Formulaire d'information et de consentement

Titre de l'étude : Un programme innovateur de formation et d'intégration pour les infirmières nouvellement graduées à l'unité d'urgence.

Chercheure principale : Nancy Turner

Directrice de recherche: Johanne Goudreau

Nous aimerions vous inviter à participer à une étude menée par Nancy Turner, infirmière et candidate à la maîtrise en sciences infirmières option formation à l'université de Montréal. Ce document vise à vous fournir des renseignements sur l'étude avant que vous décidiez ou non d'y participer.

1. Nature et objectifs de l'étude

La pénurie infirmière, le vieillissement de la population infirmière, le roulement du personnel ont amené l'équipe de leadership d'un centre hospitalier tertiaire de la région de Montréal à embaucher des infirmières nouvellement graduées (IND) à l'unité d'urgence. La période transitoire et la socialisation professionnelle de ces IND à l'unité d'urgence constituent une préoccupation considérant le niveau d'expertise requis pour pratiquer dans ce milieu et le niveau d'acuité des soins d'aujourd'hui. Pour palier à cette préoccupation, un programme de formation et d'intégration fut créé et implanté.

En tant qu'investigatrice, je désire mieux comprendre le phénomène de l'expérience d'intégration des infirmières nouvellement graduées travaillant à l'unité d'urgence ayant participé au programme de formation et d'intégration. Je désire également à l'aide des analyses des entretiens de cette recherche qualitative, mettre en lumière les forces et faiblesses du programme afin d'en permettre une bonification et une amélioration. Suite à cette recherche, des recommandations seront faites au milieu clinique du centre hospitalier.

Vous avez été choisi(e)s pour collaborer à cette recherche à titre d'infirmière ayant commencé à l'unité d'urgence en tant qu'infirmière nouvellement graduée. Pour faire partie de cette étude, vous devez remplir tous les critères de sélection énumérés ci-bas.

- Être arrivée à l'urgence en tant qu'infirmière nouvellement graduée.
- Avoir participé au programme de formation et d'intégration entre 2001-2006.
- Avoir complété 18 mois de pratique à l'unité d'urgence et y travailler encore.

- Être capable de vous exprimer en langue française.

2. Déroulement de l'étude

Si vous acceptez de participer à cette recherche, vous devrez participer à une entrevue qui sera menée par l'investigatrice, soit Nancy Turner à l'endroit de votre choix (hôpital ou ailleurs) pour répondre à quelques questions concernant l'objet de la recherche. L'entrevue durera environ 90 minutes, sera en français et sera enregistrée afin de faciliter l'analyse. On vous demandera de raconter votre expérience d'infirmière nouvellement graduée pendant votre première année de travail à l'urgence et lors de votre participation au programme de formation et d'intégration. Environ huit participantes sont recherchées pour cette étude. Votre participation à cette étude impliquera seulement cette activité de recherche et rien d'autre. À la fin de l'étude, l'investigatrice vous informera des résultats selon une méthode qu'elle aura discutée avec vous (présentation orale ou écrite).

Si vous acceptez, l'investigatrice Nancy Turner conviendra d'un rendez-vous avec vous pour l'entrevue et pourra également répondre à vos questions.

3. Risques et bénéfices

Les risques encourus pour l'infirmière participante seront presque nuls à moins que l'entrevue provoque des réminiscences douloureuses de cette période. Il n'y a aucun bénéfice individuel direct pour l'infirmière participante mis à part l'opportunité de contribuer à la réflexion sur ce sujet; par contre, il peut s'ensuivre un bénéfice collectif pour la profession infirmière et pour les futures infirmières nouvellement graduées qui bénéficieront d'une bonification possible du programme.

4. Confidentialité

Les informations recueillies lors de cette entrevue seront confidentielles. Seules l'investigatrice Nancy Turner et la directrice de recherche Johanne Goudreau sauront que vous aurez participé à cette étude. En aucun cas, les communications découlant de cette étude ne pourront permettre de vous identifier en tant qu'IND participantes soit à l'intérieur du centre hospitalier ou à l'externe. Les cassettes de votre enregistrement seront détruites à la remise du rapport de recherche. Il vous est possible de vous retirer du projet à tout moment, y compris lors de l'entrevue.

5. Coordonnées utiles

Vous pouvez poser en tout temps des questions au sujet de cette étude à l'investigatrice Nancy Turner au courriel [information retirée / information withdrawn] ou à la directrice de recherche Johanne Goudreau au courriel [information retirée / information withdrawn]. Si vous avez des questions à poser au sujet du processus d'obtention d'un consentement éclairé ou de vos droits en tant que sujet d'étude, vous pouvez appeler le commissaire aux plaintes du centre hospitalier.

CONSENTEMENT

Je, _____, consens à participer à l'étude précédemment décrite.

(Nom du sujet en caractères d'imprimerie)

J'ai lu ce formulaire d'informations et de consentement et j'accepte de participer dans cette étude. J'ai eu l'opportunité de demander des questions et toutes mes questions ont été répondues à ma satisfaction. On m'a laissé suffisamment de temps pour prendre ma décision et pour demander des conseils si je le désirais.

J'accepte de participer à une entrevue enregistrée d'environ 90 minutes à l'endroit de mon choix.

Je comprends que toutes les informations divulguées seront strictement confidentielles et que la cassette de mon enregistrement sera détruite à la fin de la recherche.

Le texte de mon entrevue sera analysé par la chercheure principale et sa directrice de recherche. Seules ces personnes connaîtront mon nom. Ce dernier sera détruit à la fin de l'étude.

Je reconnais que ma participation à cette étude est tout à fait volontaire et que je suis libre d'y participer. Je comprends que je suis libre de refuser de répondre à n'importe quelle question en cours d'entrevue. Je suis également libre de me retirer de l'étude à tout moment.

Je reconnais avoir reçu une copie de ce formulaire de consentement éclairé portant mon acceptation. En signant ce consentement, je n'ai aucunement abandonné aucun de mes droits légaux.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer au présent projet de recherche.

Date:	Signature du participant:	Nom du participant en lettres moulées:

Date:	Nancy Turner, Investigatrice principale

Appendice D

Information and consent form

Title of the study:	An Innovative Education and Integration program for the New Graduates Nurses in Emergency
Primary Researcher:	Nancy Turner
Research Director:	Johanne Goudreau

We would like to invite you to consider being a participant in a research study conducted by Nancy Turner, registered nurse and masters degree candidate in the nursing education program at The University of Montréal. The purpose of this document is to provide you with information about the research study so that you can make an informed decision.

1. Study explanation and objectives

Recruitment of registered nurses with clinical expertise continues to be a challenge for all clinical areas. Due to high Registered Nurse vacancy rates secondary to the nursing shortage, frequent staff turnover and our aging nursing population, the leadership team in the Emergency Department of a tertiary care hospital in Montreal made a decision to hire new graduate nurses. Given the high patient acuity and level of clinical expertise required to work in the Emergency Department today, the transitional period and the socialization of these new graduate nurses constituted a concern. In order to address these concerns, a new education and integration program for new graduate nurses was developed and implemented.

As the primary researcher, I would like to better understand the integration experience of new graduate nurses who participated in the program. With this qualitative research, I hope to identify the strengths and weaknesses of the program. Following the completion of this study, recommendations will be given to the Emergency Department.

You are being asked to participate in this study because you were hired as a new graduate nurse in the Emergency Department and you participated in The Program. To be part of this study, the inclusion criteria are as follows.

- You were hired in the Emergency Department as a new graduate nurse.
- You have participated to the education and integration program between 2001-2006.
- You have 18 months of working experience in the Emergency Department and are currently working there.
- You are able to express yourself in French.

2. Steps of the study

If you choose to participate in this study, you will be interviewed by the researcher, Nancy Turner, in a place of your choice (hospital or somewhere else) to answer questions concerning the research topic. The interview will be approximately 90 minutes long, will be in French and will be recorded to facilitate the analysis. The researcher will ask you to share your thoughts on your first year experience as a new nurse graduate working in the Emergency Department and as a participant in the program. About eight participants are needed for this research. As part of this study, your participation will only involve the research activity and not for any other reason. At the end of the study, the researcher will communicate the results to you in the manner of your choice, either written or verbal.

If you accept, the researcher Nancy Turner, will plan a meeting with you for the interview and answer all questions that you might have.

3. Risks and benefits

There are no risks for the nursing participant unless the interview brings back memories of some unpleasant experience. There are no direct individual benefits apart from the opportunity to contribute to the reflection on that subject. Although, the completion of this research study may result in a collective benefit for the nursing profession and for all future new nurse graduates who will attend a potentially improved program.

4. Confidentiality

All the information collected during the interview will remain confidential. Only Nancy Turner, the primary investigator and Johanne Goudreau, the research director will know that you participated in this study. In no circumstances, the communications resulting from this study will identify you as a participant within the institution or externally. The recording of the interview will be destroyed when the research project is deposited. You may withdraw from the study at any time, including during the interview.

5. Contact Persons

At any time, questions can be submitted to the primary investigator, Nancy Turner or the research director Johanne Goudreau. Nancy Turner can be reached by e-mail at [information retirée / information withdrawn]. Johanne Goudreau can be reached at [information retirée / information withdrawn].

If you have any question about the consent process or about your right as a study participant, you can call the Ombudsman from the hospital.

DECLARATION OF CONSENT

I, _____, consent to participate to this study as described previously.

(Name of the person in block letters)

I have read this consent form and I agree to participate in this research study. I have had the opportunity to ask questions and all my questions have been answered to my satisfaction. I have been given sufficient time to consider the above information and to seek advice if I choose to do so.

I agree to participate to a 90 minutes interview at a time and location that suits me.

I understand that all the information collected will be confidential and that the recording of the interview will be destroyed at the end of the study.

The Primary Investigator and the Research Director will analyze the interview content. Only those two persons will know my name. My name will be deleted at the end of the study.

I recognized that my participation to this study is voluntary and that I am free to participate. I understand that I am free to refuse to answer any questions at any time during the interview process. I am also free to withdraw myself from the study at any time.

I understand that I will be given a signed copy of this consent form. By signing this consent form, I have not given up any of my legal rights.

I, undersigned, accept voluntary to participate in this current research project.

Date:	Participant's signature:	Participant's name in block letters:

Date:	Nancy Turner, Primary Investigator

Appendice E

Guide d'entretien

Thèmes ou exemples possibles de questions:

- Vous êtes une infirmière qui a été embauché(e) comme nouvelle diplômée et qui a participé au séminaire de soutien et de formation de l'unité d'urgence.
 - Qu'est-ce que vous vous souvenez de cette période entre le milieu académique et le milieu hospitalier?
 - Qu'est-ce que vous vous souvenez du séminaire de soutien et de formation et de ce qui s'y passait?
- Quel rôle le séminaire a-t-il joué au cours de cette première année de pratique?
- Quand vous repensez aux événements de cette première année et au séminaire en tant que tel, décrivez un ou deux événements significatifs.
- Quels sont les activités qui vous ont le plus aidé dans ce séminaire dans votre première année de pratique?
- Quels sont les activités qui vous ont le moins aidé dans ce séminaire dans votre première année de pratique?
- Est-ce qu'il y a une situation clinique gagnante ou difficile que vous vous souvenez de vos débuts de pratique? L'aviez-vous partagé dans le séminaire de soutien et de formation?
 - Si oui, quelle était la réception de ce partage?
 - Si non, pourquoi ne l'aviez-vous pas partagé? L'aviez-vous partagé dans d'autres forums?
- Qu'est-ce qui reste de cette période, des moments passés à l'intérieur de ce forum?
- Si vous aviez la possibilité de changer quelque chose au séminaire, ce serait quoi? Pourquoi?

Les questions évolueront selon le développement du premier entretien.

Appendice F

Questionnaire socio-démographique

Sexe: Masculin ☐ Féminin ☐

1- Prière de répondre à ces questions selon votre situation au moment de votre embauche en tant qu'infirmière nouvellement diplômée.

Âge : _____

Niveau de scolarité: Collégial ☐ Baccalauréat ☐ Baccalauréat en cours ☐
Maîtrise ☐

Année d'embauche: _____ Mois d'embauche: _____

Année et mois de complétion du séminaire: _____

Nombre de mois de pratique lors de l'embauche à l'unité d'urgence:

Poste : Temps partiel ☐ Si oui, combien de jours / semaine _____
Temps plein ☐

2- Prière de répondre à ces questions selon votre situation au moment de l'entrevue en tant qu'infirmière.

Âge : _____

Niveau de scolarité: Collégial ☐ Baccalauréat ☐ Baccalauréat en cours ☐
Maîtrise ☐

Nombre d'années d'expérience : _____

Poste : Temps partiel ☐ Si oui, combien de jours / semaine _____
Temps plein ☐

Autre emploi : _____

Code attribué : _____

Appendice G

Résumé IND D: Une année difficile mais soutenable

Malgré une orientation satisfaisante accompagnée d'un bon précepteur, cette IND décrit sa période transitoire comme difficile, instable et stressante. Elle décrit s'être retrouvée avec d'immenses responsabilités dès la fin de son orientation telle qu'être seule la nuit dans une unité de 12 patients avec une infirmière auxiliaire. Lors de cette période, elle se sentait tout le temps aux aguets et se croisait les doigts pour que rien de grave arrive. Cette période fut d'autant plus difficile car elle se situait pendant des rénovations à l'unité d'urgence ce qui rendait le milieu chaotique et où les superviseurs étaient moins disponibles.

Elle exprime beaucoup de reconnaissance envers le séminaire car il lui a offert beaucoup de soutien professionnel, moral et éducatif et lui a donné l'impression d'être importante pour l'organisation. Le fait d'avoir une personne-ressource (éducatrice ou gestionnaire) qui était là pour l'écouter et la considérer en tant qu'IND, lui amenait un sentiment de « prise en charge ». D'ailleurs, lorsqu'elle vivait une situation de conflit, c'est principalement avec l'éducatrice qu'elle la partageait et non avec le groupe car elle ne voulait pas influencer les autres IND. Lors de ce forum, le partage des anecdotes de la pratique quotidienne était important pour elle, car elle pouvait y exprimer ses inquiétudes, au besoin, le tout dans un climat de confiance et de confidentialité. Par contre, elle déplore que cette partie était parfois empreinte de longueur excessive et de sessions récriminatrices. Toutefois,

selon elle, l'absence d'un tel forum encadré encouragerait ces récriminations à avoir lieu dans des lieux inappropriés tels la salle à café et risquerait d'avoir une influence néfaste sur les IND. Elle a particulièrement apprécié la partie éducative du séminaire notamment les situations cliniques ou les présentations, où elle était active dans ses apprentissages. L'acquisition ou le renforcement des compétences lui apportait un sentiment de sécurité. En outre, le séminaire a créé le besoin et le désir de poursuivre dans le développement de ses apprentissages et elle aimerait que ce séminaire existe toujours à ce stade-ci de sa carrière, car il y a toujours des rôles ou des situations de soins d'urgence qui la rend inconfortable.

Le séminaire lui a aussi permis de se rapprocher des pairs vivant la même situation d'intégration qu'elle, de parler de son orientation et de l'outiller lors de difficultés. D'autres notions telles la priorisation et l'organisation du travail lui furent transmises à travers ce forum même si elle considère l'expérience clinique comme le meilleur transmetteur à cet effet. Elle soutient que cette première année passée avec ses pairs IND à l'intérieur du séminaire fut une source de motivation, augmenta sa confiance professionnelle et brisa l'isolement. Ce départ encadré dans sa nouvelle profession infirmière a eu une influence selon elle sur son estime d'elle-même et sur son amour de la profession. D'ailleurs, elle déplore les conditions actuelles difficiles et elle espère ardemment qu'elles n'en viendront pas à lui faire haïr sa profession. Elle termine en disant qu'elle maintiendrait la structure du séminaire et n'y changerait rien de majeur car elle la trouve très bien. Par contre, elle s'assurerait d'avoir une certaine assiduité des participants.

Appendice H

Résumé IND E: établir des relations de soutien à long terme avec ses pairs

Cette IND décrit sa période transitoire comme particulière car sa vie personnelle et professionnelle à ce moment-là était en transition et empreinte de stress, toutefois celui de sa vie personnelle était plus difficile. De plus, elle se souvient qu'elle vivait des insécurités face à ses compétences ainsi qu'au danger potentiel qu'elle pouvait être pour le patient. À l'embauche, elle se souvient de sa discussion avec la gestionnaire sur la normalité de son insécurité où cette dernière lui avait parlé du groupe de soutien qui l'aiderait à cet effet.

Elle soutient que le séminaire lui a offert beaucoup de soutien moral, clinique, éducatif, maternant et socialisant. Elle décrit que même si elle a trouvé ça difficile au début, ce groupe de soutien lui a permis d'alléger la pression, l'a rassuré sur la normalité de ses craintes et sur ses capacités à réussir dans son nouveau rôle. Le départ du milieu académique surprotégé fut donc moins brutal. Selon elle, la contiguïté de ce groupe de pairs grandissant ensemble à travers ce séminaire a favorisé le développement de la tolérance les uns envers les autres. Le partage d'anecdotes de la pratique quotidienne avec l'éducatrice et la gestionnaire était un moment phare du séminaire à son avis. Elle se sentait privilégiée que ces personnes-ressources s'intéressent à elle, à son intégration, à ses difficultés. Cette qualité d'écoute de leur part l'a valorisé et a accéléré le développement de sa confiance en elle et de son estime d'elle-même. Les informations sur le fonctionnement de l'unité

d'urgence qui était partagé à travers ces anecdotes, standardisaient la pratique clinique. Les échanges relatant les situations de conflit vécues dans leur début professionnel notamment avec les collègues médicaux ou les familles étaient empreints de réalisme, d'ouverture et de professionnalisme et visaient à les outiller.

Outre cela, elle a aimé la partie éducative du forum, tant les apprentissages sur les connaissances déclaratives, procédurales que conditionnelles. Elle a particulièrement apprécié les formations offertes par d'autres collègues infirmières de l'unité d'urgence car elles permettaient de renforcer les liens, le sentiment d'équipe et favorisaient leur accessibilité de retour dans le milieu clinique. Elle met en garde les responsables du séminaire de poser des balises de standard de meilleure pratique à l'intérieur de ce séminaire si l'équivalent n'a pas été fait avec le reste du personnel infirmier car ceci risque de marginaliser les IND et de créer des situations conflictuelles. Selon elle, l'instauration de ce séminaire de la part de l'organisation de l'unité d'urgence démontre qu'elle a à cœur la compétence de leur personnel mais aussi la sécurité et la qualité des soins offertes aux patient et à sa famille.

Elle termine en questionnant la faisabilité d'embaucher des IND à l'unité d'urgence aujourd'hui, sans ce séminaire. D'ailleurs elle questionne l'absence d'une telle structure dans la majorité des milieux qui embauchent des IND d'autant plus que c'est un élément d'attraction et de rétention. Elle conclut que ce fut vraiment une belle façon d'être accueillie dans sa profession.

Appendice I

Résumé IND F: Donner au suivant!

Cette IND dit avoir eu de l'intérêt pour travailler à l'unité d'urgence dès le milieu académique. Dès ses débuts professionnels, elle dit avoir reçu un excellent accueil de la part de l'équipe de l'unité d'urgence. Elle affirme que le séminaire lui a offert beaucoup de soutien moral et éducatif et le compare à un énorme « boost » pour son bien-être professionnel. Elle appréciait que du temps leur soit consacré pour se développer dans un environnement d'apprentissage positif. Elle a particulièrement aimé la première heure de partage d'anecdotes de la pratique quotidienne car elle sentait beaucoup d'écoute de la part de la gestionnaire et de l'éducatrice mais aussi de ces pairs IND. Dans ce séminaire, elle sentait qu'elle pouvait poser des questions, qu'elle pouvait exprimer des besoins d'apprentissage et qu'elle pouvait partager les situations conflictuelles vécues en toute sécurité. Le fait de constater que d'autres pairs IND avait expérimenté les mêmes difficultés la rassurait sur son développement professionnel. Elle affirme y avoir développé des liens solides avec les autres pairs IND et que ça a brisé l'isolement professionnel. De plus, elle se sentait privilégiée d'avoir accès à du temps avec la gestionnaire de l'unité. Pour elle, les formations offertes étaient très bénéfiques car elles étaient concrètes, personnalisées et collées à la réalité clinique. Elle aimait que des événements marquants soient utilisés pour construire leur apprentissage clinique; elle cite le premier décès vécu ou la première erreur de médicament comme exemples. Elle allègue que ces apprentissages allèrent

parfois au-delà de la pratique clinique pour joindre certaines sphères spirituelles et émotionnelles et que par la suite, elle se sentait plus en mesure d'être une bonne avocate du patient dans ses interactions interdisciplinaires.

Elle ne croit pas que ce séminaire est le lieu idéal pour l'apprentissage de l'organisation du travail et la priorisation des soins; à cet effet elle croit plutôt en l'importance du précepteur en tant que modèle de rôle. La relation précepteur - IND est primordiale selon elle et constitue un des éléments pour une intégration réussie; le séminaire étant le scellant de cette réussite. Elle ajoute avoir particulièrement aimé le fait de redonner aux nouvelles IND, au fil du temps, le soutien qu'elle a reçu lors de ses débuts professionnels car cela lui procurait beaucoup de satisfaction professionnelle et personnelle. Bref, elle qualifie son parcours en tant qu'IND de positif. Toutefois elle est très préoccupée par le contexte actuel pour les IND d'aujourd'hui dû à la problématique de pénurie chronique que vit présentement l'unité d'urgence. Elle est particulièrement soucieuse du niveau de responsabilité donné aux IND et par l'encadrement manquant dans plusieurs circonstances notamment lorsqu'elles travaillent seules la nuit dans une aire de travail. Selon elle, dans un tel contexte, les soins offerts aux patients peuvent aisément outrepasser le filet de sécurité habituel. Elle conclut en alléguant que ce séminaire est unique car on s'y sent entouré, soutenu et aidé dans ses débuts professionnels et qu'il a contribué à son intégration à l'unité d'urgence. Elle qualifie ce séminaire comme un départ formidable et sécuritaire dans un environnement terrifiant.

Appendice J

Résumé IND G : Un éternel besoin d'apprendre

Cette IND décrit sa période transitoire comme une expérience positive. Dès ses premiers jours à l'unité d'urgence, elle s'est sentie soutenue par tout le personnel. Elle soutient que les plus grandes difficultés de ses débuts professionnels étaient la gestion du temps, l'organisation des soins aux patients ainsi que leur priorisation. Elle dit qu'elle manquait de confiance en elle durant sa période transitoire notamment dans les relations interdisciplinaires; elle cite comme exemple la difficulté de discerner quels changements cliniques nécessitaient une mention au médecin sans sembler inapproprié et novice.

Elle affirme que le séminaire lui a offert un soutien éducatif et moral tout en favorisant son intégration et sa socialisation professionnelle. Elle s'y sentait confortable d'y demander toutes ses questions sans le risque de paraître incompétente. Elle ajoute que ce groupe procurait un sentiment d'appartenance sécurisant et favorisait l'entraide entre pairs IND. Sans ce forum, elle croit qu'elle aurait progressé moins rapidement dans le développement de ses compétences et elle aurait été plus isolée et introvertie. De plus, la présence régulière de l'infirmière gestionnaire à ce forum créait une accessibilité qui a eu un impact positif à long terme dans sa relation avec celle-ci. L'activité du partage des anecdotes de la pratique quotidienne faisait office de soupape pour elle, même si elle n'aimait pas

quand ce moment s'éternisait et devenait une séance de lynchage. Par contre, elle voit en cette méthode l'opportunité de verbaliser ses sentiments en tant qu'infirmière novice et de créer une pratique réflexive. D'ailleurs, elle dévorait tous les moments dédiés à la formation et appréciait que la pensée critique de l'infirmière y soit constamment interpellée. Comme méthode d'apprentissage, elle aimait beaucoup les jeux de rôles et les présentations des infirmières expérimentées; ce contact créait une accessibilité par la suite dans le milieu de l'urgence. Elle ajoute que ce forum a permis de lier la théorie de la pratique infirmière à la réalité.

Elle recommande que les diverses ressources internes viennent présenter sur leur spécialité car elle croit qu'une meilleure connaissance de leur rôle se traduirait en une meilleure continuité des soins et résulterait en une meilleure qualité des soins aux patients. De plus, elle suggère qu'il y ait un meilleur lien entre les apprentissages acquis lors du séminaire et le suivi offert par les précepteurs ce qui permettrait une consolidation des apprentissages. Selon elle, la qualité des soins aux patients est une valeur véhiculée par ce forum en ce sens qu'il encourage une culture d'ouverture, de curiosité et d'excellence.

Elle appuie la présence d'IND à l'urgence en autant qu'une structure de soutien soit présente. Elle conclut en affirmant essayer de donner autant de soutien qu'elle peut aux nouvelles IND d'aujourd'hui car elle veut qu'elles vivent une expérience aussi positive que la sienne et elle veut favoriser leur rétention ainsi que leur confiance en elles.

Appendice K

Résumé IND H : Sentiment d'appartenance à un groupe

Cette IND dit avoir reçu un excellent accueil de la part de l'équipe de l'unité d'urgence dès ses débuts professionnels. Elle se sentait encadrée et entourée. Elle qualifie sa préceptrice et son orientation d'exceptionnels. Elle décrit la période transitoire comme un espace de temps très émotionnel car tu te fais pousser dans une réalité que tu n'as pas nécessairement envisagée lors de la période académique. Elle se souvient plus spécifiquement d'une situation clinique difficile où le lendemain elle avait du justifier son absence d'interventions. Elle se souvient avoir pleuré mais elle soutient avoir appris beaucoup de cette situation.

Elle affirme que le séminaire lui a offert beaucoup de soutien moral, éducatif et social et qu'il a facilité sa période transitoire. Il brisait l'isolement et apportait un sentiment d'appartenance à un groupe et à une unité de soins. Selon elle, les relations de soutien et d'amitié développées n'auraient pas eu la même envergure sans ce forum. Elle ajoute que les liens avec tout le personnel de l'urgence en étaient facilités. Elle a particulièrement aimé la première heure de partage d'anecdotes de la pratique quotidienne car elle sentait beaucoup d'écoute et de compréhension de la part de ses pairs IND. Elle s'y sentait en famille, avec sa gang! Ces moments où tous s'exprimaient sur leur vécu, leurs difficultés, leurs bons coups, ouvraient la voie à une démocratisation de l'expression. Cette liberté d'expression a augmenté sa

confiance en elle et l'a outillé dans sa future pratique professionnelle. Elle aimait aussi quand la gestionnaire de l'unité se joignait à eux car cela permettait de bâtir une relation avec elle et ouvrait la porte pour discuter des problématiques d'intimidation. Son bémol consiste en le développement occasionnel de cette première heure, en séance de lynchage. Sa méthode d'apprentissage préférée était les études de cas bâties à travers des expériences vécues et réelles des IND, car ces apprentissages étaient personnalisés, utiles et concrets et permettaient de relier la théorie à la réalité. De plus, elle aimait la variation et la structure souple du séminaire, adaptée à leurs évolutions cliniques. Elle ne croit pas que ce forum est le lieu idéal pour l'apprentissage de l'organisation du travail et la priorisation des soins; l'expérience de travail dans le milieu est garante du développement de ces compétences au fil du temps. À son avis, ce forum est un espace idéal pour discuter des interactions avec le patient et sa famille. De plus, elle soutient que ces relations avec les médecins étaient bonnes et elle se sentait à l'aise avec eux. Par contre, elle émet des réserves face à la vision parfois utopiste exprimée par l'équipe de leadership lors de ses séances et qui, une fois dans le milieu, ne se concrétisait pas.

Elle croit en la présence d'IND à l'unité d'urgence en autant qu'une bonne sélection soit faite au préalable, qu'elles arrivent en petit nombre, qu'elles aient un bon précepteur, que le séminaire soit présent et qu'il y ait une certaine assiduité des IND. Un tel forum a, à son avis, un réel impact sur la rétention des IND à moyen terme et à long terme. Elle se sent privilégiée d'avoir pu recevoir une telle structure d'accueil et un tel cadre d'apprentissage à son arrivée.

Impression d'Or & Diemont

Soumission

Téléphone : (514) 955-5886 Télécopieur : (514) 729-2485

Adresse : internet : diemont@bellnet.ca

13-11-2008 475934

Client: IPSO-FACTO s.v.p. ce numéro doit apparaître sur votre commande. Merci

Contact : [information retirée / information withdrawn] please write our quotation number on your purchase order. Thank you

Les prix sont basés strictement sur les informations inscrites ci-dessous incluant le schéma figurant sur cette soumission : de plus les prix sont en vigueur pour une période de 60 jours.

S.V.P. Lisez-moi!!

Description : Découper scies seulement
en noir dans vos droits

Nbre de feuilles : 410 Nbre de feuilles : /
Nbre de feuilles : / Nbre de feuilles : /
Nbre de feuilles : / Nbre de feuilles : /
Nbre de ups : 1 Décorticage(stripping) : -
Format de fies : 4-10x7 F.O. - F.F. -
Collage à la colle : - Collage au tape : -
Matériel (stock) : 12 pts laminé - vernis -
Fies coupées par le client à : /
Option : /

Qté : 410 à 110. \$/lot Qté : à \$/
Qté : à \$/ Qté : à \$/
Qté : à \$/ Qté : à \$/

Prix extra pour matrice 95.00 \$ nbre de ups : 1

Schéma :



Balanée
Couteau avec
Nics

Boîte fournie par le client oui ou extra à 1.00\$/ch boîte. Fait par [information retirée / information withdrawn]